

Tutela & Benessere

L'assicurazione Infortuni

Modello I 421 - Edizione gennaio 2015

Contratto di Assicurazione Infortuni

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di Assicurazione;

**deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto.**

**Prima della sottoscrizione
leggere attentamente la Nota Informativa.**

UNIQA Assicurazioni SpA



a) Nota Informativa,
comprensiva del
glossario
(pag. 1 - 10)

Nota Informativa

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	1
B. Informazioni sul contratto	1
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	7
Glossario	8

b) Condizioni di
Assicurazione
(pag. 1 - 26)

Condizioni di Assicurazione

Sezione Infortuni	1
Oggetto dell'Assicurazione infortuni	1
Prestazioni	3
Prestazioni aggiuntive	7
Condizioni Particolari	8
Delimitazioni	13
Adempimento in caso di sinistro	14
Norme contrattuali	16
Sezione Assistenza	19
Norme che regolano l'Assistenza	19
Allegato 1 - Tabella ANIA delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente	25

a) Nota Informativa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIGARANZIA INFORTUNI E ASSISTENZA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Nella presente Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione, le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono evidenziate in **grassetto corsivo** e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.uniqagroup.it.

UNIQA Assicurazioni SpA comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

È inoltre prevista per il Contraente o gli aventi diritto la facoltà di richiedere alla Società, secondo le modalità rese note sul sito internet www.uniqagroup.it, le credenziali di accesso alla propria area riservata, indicando le proprie generalità comprensive di un indirizzo e-mail valido al quale la Società potrà trasmettere le opportune comunicazioni.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UNIQA Assicurazioni SpA è un'impresa con Sede Legale in Italia, appartenente al Gruppo UNIQA Italia, autorizzazione D. M. 5716 del 18/08/1966, iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00033. Società con unico azionista, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UNIQA Insurance Group AG.

- Codice Fiscale/Registro Imprese di Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496.
- Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano.
- Recapito Telefonico: 02.2685831 - Sito Internet: <http://www.uniqagroup.it>, e-mail: postasalute@uniqagroup.it.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'Impresa, sulla base dell'ultimo bilancio approvato riferito al 31/12/2013, dispone di un patrimonio netto pari a 235,77 milioni di Euro di cui 7,74 milioni di Euro relativi a capitale sociale e 226,77 milioni di Euro relativi a riserve di patrimonio netto. L'indice di solvibilità al 31/12/2013, rappresentato come rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine richiesto dalla normativa vigente, è risultato pari a 39,59.

B. Informazioni sul contratto

Salvo diversa disposizione indicata in polizza, il presente contratto prevede il tacito rinnovo di anno in anno.

AVVERTENZA

Le Parti possono rinunciare al rinnovo inviando la disdetta con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

In questo caso il contratto cessa dalle ore 24.00 del giorno di scadenza e non trova applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma del Codice Civile.

È possibile pattuire il non tacito rinnovo, in tal caso il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 6.6 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

SEZIONE INFORTUNI

L'assicurazione copre gli infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza e di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione opera automaticamente anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di molte attività sportive mentre ***quelle escluse sono elencate all'art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.***

È consentito limitare la copertura assicurativa ai soli rischi professionali o extraprofessionali o al solo rischio strada.

Garanzie assicurate in caso di infortunio indennizzabile, se richiamate in polizza:

- Morte - Morte presunta

La somma assicurata prevista viene corrisposta ai beneficiari indicati in polizza.

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione.

- Invalidità Permanente

L'indennizzo viene corrisposto all'Assicurato sulla base del grado di Invalidità Permanente accertato e viene calcolato in percentuale sulla somma assicurata.

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

È prevista la franchigia del 3% che varia per scaglioni di somma assicurata.

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.4 delle Condizioni di Assicurazione.

È possibile applicare la franchigia modulata oppure la franchigia 5% che variano per scaglioni di somma assicurata, richiamando rispettivamente la Condizione Particolare MODU e la Condizione Particolare PLUS. In questi casi è previsto un aumento del premio.

È possibile, inoltre, richiamando la Condizione Particolare TOTA, applicare la franchigia relativa del 60%. In questo caso è prevista una riduzione del premio.

Esempio: Somma assicurata Euro 500.000,00 - grado di Invalidità Permanente accertato 9%.

Conteggio indennizzo con franchigia 3%:

Somma assicurata Euro 250.000,00 x 6% (9% grado Invalidità Permanente accertato - 3% franchigia fino a Euro 250.000,00) = Euro 15.000,00.

Somma assicurata Euro 250.000,00 x 1% (9% grado Invalidità Permanente accertato - 8% franchigia da Euro 250.000,00 fino a Euro 500.000,00) = Euro 2.500,00.

TOTALE INDENNIZZO Euro 17.500,00

- Invalidità Permanente per lesioni tendinee (garanzia operante se in polizza è indicata la somma assicurata per Invalidità Permanente)

Indipendentemente dalle cause che hanno originato la lesione, la Società liquida all'Assicurato un'indennità per la lesione di ciascuna cuffia dei rotatori e di ciascun tendine di Achille.

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.3 delle Condizioni di Assicurazione

AVVERTENZA

È previsto un indennizzo massimo pari ad Euro 5.000,00 e viene erogato una sola volta per ciascuna cuffia dei rotatori e ciascun tendine di Achille e la copertura decorre dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza.

- Malattie tropicali (garanzia operante se in polizza è indicata la somma assicurata per Invalidità Permanente)

La garanzia è estesa, limitatamente al caso di Invalidità Permanente da Infortunio, alle ***malattie tropicali, diagnosticate da medici curanti, che siano conseguenza diretta ed esclusiva di morsi di animali, punture di insetti e aracnidi, escluse le punture di zecche,*** che colpissero l'Assicurato durante il soggiorno in tutto il mondo, ***compresa la malaria.***

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.4 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

È prevista una franchigia del 15% e un indennizzo massimo pari ad Euro 50.000,00.

- **Inabilità Temporanea**
L'indennizzo viene corrisposto all'Assicurato, ***per un periodo massimo di 1 anno***, integralmente per il tempo in cui non ha potuto attendere alle proprie attività professionali dichiarate e al 50% per il tempo in cui ha potuto attendere solo parzialmente alle proprie attività professionali.
Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.6 delle Condizioni di Assicurazione.
Richiamando la Condizione Particolare INTE l'indennizzo viene corrisposto integralmente per il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere totalmente e/o solo parzialmente alle proprie attività professionali dichiarate. In questo caso è previsto un aumento del premio.

AVVERTENZA

È prevista una franchigia di 5 giorni che varia per scaglioni di somma assicurata.

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.6 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: Somma assicurata Euro 50,00 - Inabilità Temporanea totale 20 giorni - Inabilità Temporanea parziale al 50% 10 giorni.

Conteggio indennizzo:

Inabilità Temporanea totale:

Somma assicurata Euro 35,00 x 15 giorni (20 giorni Inabilità Temporanea - franchigia 5 giorni fino a Euro 35,00) = Euro 525,00

Somma assicurata Euro 15,00 x 10 giorni (20 giorni Inabilità Temporanea - franchigia 10 giorni oltre Euro 35,00 = Euro 150,00

Inabilità Temporanea parziale al 50%:

Somma assicurata Euro 25,00 x 10 giorni = Euro 250,00

TOTALE INDENNIZZO Euro 925,00

- **Indennità giornaliera per ricovero**
L'indennizzo viene corrisposto all'Assicurato per ogni pernottamento in istituto di cura, ***con il massimo di 1 anno per evento.***
Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.8 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

In caso di ricovero in regime di Day Hospital o Day Surgery purché dovuto alla stessa causa per una durata superiore a 2 giorni, viene corrisposta un'indennità giornaliera nella misura del 50% della somma assicurata per ricovero.

- **Indennità giornaliera per convalescenza**
L'indennizzo viene corrisposto all'Assicurato ***per un numero di giorni pari al doppio dei giorni del ricovero e per una durata massima di 50 giorni, indipendentemente dalla durata della convalescenza prescritta dal medico.***
Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.9 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Tale indennità non è cumulabile con l'indennità giornaliera per ricovero qualora l'Assicurato subisca ulteriore ricovero nel periodo in cui sta usufruendo dell'indennità da convalescenza.

- **Indennità giornaliera per gessatura**
L'indennizzo viene corrisposto all'Assicurato per ogni giorno di applicazione di apparecchio gessato, ***escluso quello della sua rimozione, per un periodo massimo di 50 giorni per sinistro.***
Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.10 delle Condizioni di Assicurazione.
- **Rimborso spese sanitarie**
Si rimborsano le spese sanitarie sostenute, su presentazione di fatture o parcelle giustificative in originale, ***con il massimo della somma assicurata indicata in polizza.***
Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.11 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Sono previsti scoperto o franchigia che vengono dedotti dall'ammontare delle spese sanitarie sostenute.

Esempio: Somma assicurata Euro 5.000,00 - totale delle spese sanitarie sostenute Euro 1.000,00

Conteggio indennizzo:

Euro 1.000,00 - franchigia Euro 150,00 = TOTALE INDENNIZZO Euro 850,00

Sono inoltre comprese le seguenti estensioni:

- Commorienza dei genitori
In caso di morte dell'Assicurato e del coniuge o convivente more uxorio, se i beneficiari indicati in polizza sono i figli minori e/o i figli portatori di handicap non autosufficienti, viene indennizzato il doppio della somma assicurata per il caso Morte, **con il massimo di Euro 600.000,00**, per ciascun Assicurato deceduto.
Ulteriori particolari sono descritti all'art. 3.1 delle Condizioni di Assicurazione.
- Rimborso spese per inumazione e rimpatrio salma
In caso di morte dell'Assicurato, la Società rimborsa le spese per la cerimonia funebre e/o per il rimpatrio della salma, **con il massimo di Euro 3.000,00**.
Ulteriori particolari sono descritti all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione.
- Indennità speciale per perdita anno scolastico
Se l'Assicurato, iscritto in Italia ad una scuola primaria, secondaria di primo o secondo grado, perde l'anno scolastico a causa di infortunio, la Società liquida un'indennità di **Euro 3.000,00**.
Ulteriori particolari sono descritti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

L'art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione riporta dettagliatamente le attività sportive escluse dalla copertura.

L'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione riporta dettagliatamente le attività di volontariato escluse dalla copertura.

L'art. 2.12 delle Condizioni di Assicurazione riporta dettagliatamente i cumuli delle indennità giornaliere.

L'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione elenca le tipologie di infortunio escluse dalla copertura assicurativa.

La copertura assicurativa non è operante per le persone affette dalle patologie dettagliatamente riportate nell'art. 4.2 delle Condizioni di Assicurazione. Se tali patologie insorgono in corso di contratto l'assicurazione cessa.

L'art. 6.5 delle Condizioni di Assicurazione riporta i termini relativi alla sospensione delle coperture assicurative.

La garanzia Inabilità Temporanea, al di fuori dei Paesi europei, viene riconosciuta unicamente per il periodo di ricovero ospedaliero. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 6.9 delle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE ASSISTENZA

Verrà prestata assistenza all'Assicurato nei modi ed entro i limiti indicati agli artt. 7, 8, 9, 10 e 11 della Sezione Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

L'attivazione della Sezione Assistenza prevede le seguenti prestazioni:

1. Consulenza medica telefonica
2. Invio di un medico generico a domicilio in Italia
3. Invio di un infermiere a domicilio
4. Invio di un fisioterapista a domicilio
5. Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio
6. Consegna spesa a domicilio
7. Collaboratrice familiare
8. Trasporto in autoambulanza in Italia

9. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
10. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
11. Rientro sanitario
12. Rientro con un familiare
13. Anticipo spese mediche
14. Viaggio di un familiare
15. Accompagnamento minori
16. Autista a disposizione
17. Prolungamento del soggiorno
18. Rientro salma
19. Interprete a disposizione
20. Medical Advice Program

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

La copertura assicurativa relativa alla Sezione Assistenza non è operante per le persone affette dalle patologie dettagliatamente riportate nelle Condizioni di Assicurazione. Ulteriori dettagli sono descritti nell'art. 4.2 delle Condizioni di Assicurazione. Se tali patologie insorgono in corso di contratto l'assicurazione cessa.

Le prestazioni di assistenza previste di cui agli artt. dal 8.11 al 8.19 sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato.

L'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione elenca situazioni per le quali la Sezione Assistenza non è operante.

L'art. 6.5 delle Condizioni di Assicurazione riporta i termini relativi alla sospensione delle coperture assicurative.

PARTE COMUNE PER LA SEZIONE INFORTUNI E LA SEZIONE ASSISTENZA

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 6.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Altre circostanze che possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo sono descritte agli artt. 4.2, 5.2 e 5.5, 6.3 e 6.8 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le condizioni di polizza non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla legge.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

Ogni aggravamento o diminuzione del rischio deve essere comunicato dall'Assicurato alla Società. Ulteriori particolari sono descritti negli artt. 6.3 e 6.4 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di aggravamento la Società potrà richiedere l'adeguamento del premio o la risoluzione del contratto, a norma dell'art. 1898 del Codice Civile.

In caso di diminuzione la Società dovrà ridurre il premio dalla prima rata successiva alla comunicazione, a norma dell'art. 1897 del Codice Civile.

La variazione della professione può rappresentare un aggravamento o una diminuzione del rischio. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 5.5 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: se l'attività dichiarata in polizza è Impiegato, Categoria B e l'attività svolta al momento del sinistro: Lattoniere, Categoria D, l'indennizzo verrà riconosciuto nella misura del 60%.

6. Premi

Salvo il caso di contratto di durata inferiore ad 1 anno (polizza temporanea), il premio di polizza ha cadenza annuale; tuttavia è possibile concordare il frazionamento semestrale o quadrimestrale o trimestrale del premio applicando interessi di frazionamento **del 3% sul premio annuo**.

Il premio pattuito è dovuto per l'intera annualità anche se è stato frazionato in più rate.

Per il pagamento del premio sono previsti i seguenti metodi:

- denaro contante, entro i limiti previsti dalla normativa in vigore;
- assegni bancari e circolari;
- bonifici bancari;
- bollettini postali;
- bancomat (solo presso gli intermediari dotati di POS).

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Salvo diversa indicazione in polizza, ad ogni scadenza annuale del contratto le somme assicurate e il relativo premio sono adeguati in base all'evoluzione dell'indice ISTAT, come disciplinato dall'art. 6.1 delle Condizioni di Assicurazione.

8. Diritto di recesso

Salvo diversa disposizione indicata in polizza, il presente contratto prevede il tacito rinnovo di anno in anno.

AVVERTENZA

Le Parti possono rinunciare al rinnovo inviando la disdetta con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

In questo caso il contratto cessa dalle ore 24.00 del giorno di scadenza e non trova applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma del Codice Civile.

AVVERTENZA

È prevista la possibilità di recedere dal contratto in caso di sinistro.

Termini e modalità di esercizio del diritto di recesso sono descritti all'art. 6.11 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana, come indicato all'art. 6.15 delle Condizioni di Assicurazione.

11. Regime fiscale

Il contratto prevede una pluralità di garanzie per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Garanzia Infortuni 2,5%;
- Garanzia Assistenza 10%.

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi al premio corrisposto e non usufruito non potranno essere rimborsati.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - liquidazione dell'indennizzo

SEZIONE INFORTUNI

AVVERTENZA

Il sinistro insorge nel momento in cui si verifica l'evento considerato infortunio ai sensi di polizza.

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Intermediario che ha intermediato la polizza, oppure alla Società, non appena ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata dal certificato medico e deve contenere l'indicazione di luogo, giorno e ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di prolungamento dell'Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 2.6 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato, o in caso di morte il Beneficiario, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Ulteriori particolari sono descritti negli artt. 5.2 e 5.3 delle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE ASSISTENZA

AVVERTENZA

La gestione dei sinistri della Sezione Assistenza è stata affidata dalla Società a Europ Assistance Service SpA, Piazza Trento, 8 20135 Milano, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza diretta - Convenzioni

Non sono previste convenzioni per assistenza diretta.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto:

All'attenzione dell'Ufficio Reclami

UNIQA Assicurazioni SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

Fax: 02/28189677 - e-mail: reclami@uniqagroup.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax n. 06.421.33.353/745, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

In caso di risoluzione delle liti transfrontaliere, l'esponente potrà rivolgersi a quest'ultima Autorità o, in alternativa, direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

14. Arbitrato

Per la risoluzione di eventuali controversie è previsto l'arbitrato. Ulteriori particolari sono descritti nell'art. 5.4 delle Condizioni di Assicurazione.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è il Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

AVVERTENZA

In ogni caso è possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

PER LA SEZIONE INFORTUNI E LA SEZIONE ASSISTENZA

Accertamenti diagnostici:	le indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero oppure in poliambulatori diagnostici.
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.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica:	l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.
Attività professionale:	attività dichiarata in polizza, che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale, o anche saltuario, remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.
Attività extraprofessionale:	attività svolte senza fini di lucro e senza carattere professionale attinenti al tempo libero, alla vita di relazione, alla ricreazione, alla propria casa, compresi gli hobbies, i lavori di ordinaria manutenzione, il giardinaggio e l'orticoltura.
Attività sportiva:	attività fisica praticata a scopo ludico-ricreativo o agonistico <i>per la quale non sia percepito un compenso monetario determinato, o forfettario, diretto o indiretto, a titolo di corrispettivo per le prestazioni eseguite a favore di una Società Sportiva o di un Ente Sportivo.</i> Non costituiscono compenso monetario eventuali premi conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.
Beneficiario:	eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati in polizza ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Convalescenza:	stato intermedio tra la dimissione dal ricovero e la completa normalizzazione dell'organismo.
Day Hospital:	la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Day Surgery:	la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, <i>finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.</i>
Franchigia:	<i>la prima parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato.</i>
Gessatura:	mezzo di contenimento confezionato con gesso da modellare o altri tutori immobilizzanti equivalenti inamovibili, <i>applicati e rimossi all'interno di strutture ospedaliere o da personale medico specializzato (ortopedico, traumatologo).</i>

Invalidità Permanente:	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Inabilità Temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio:	<i>l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.</i>
Intervento chirurgico:	intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
Istituto di cura:	ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero di persone infortunate o malate; <i>non si considerano Istituti di cura gli ambulatori medici, ambulatori dentistici e odontotecnici, gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo o di soggiorno, le case aventi prevalentemente finalità del benessere, nonché le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).</i>
Malattia:	ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Parti:	il Contraente e la Società.
Polizza:	il documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero:	la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura, conseguente ad infortunio, che comporti pernottamento.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto:	<i>la prima parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato.</i>
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	UNIQA Assicurazioni SpA.
Spesa sanitaria:	la spesa sostenuta per diagnosi, cura o riabilitazione <i>se effettuata da figure professionali abilitate dal Ministero della Salute all'erogazione di prestazioni sanitarie alla persona.</i>
Visita specialistica:	visita effettuata da figura professionale in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

ESCLUSIVAMENTE PER LA SEZIONE ASSISTENZA

- Centri medici di riferimento:** le strutture sanitarie e i centri clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.
- Estensione territoriale:** mondo.
- 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 stato morboso diagnosticato all'Assicurato.
- Prestazioni:** le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

UNIQA Assicurazioni SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

I Rappresentanti Legali
Michele Meneghetti Gottfried Nagler



b) Condizioni di Assicurazione

Sezione Infortuni

Oggetto dell'Assicurazione Infortuni

Art. 1.1 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati indicati in polizza subiscano nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- b) di ogni altra normale attività extraprofessionale.

Sono considerati infortuni anche:

- 1) i colpi di sole, di calore, l'assideramento o il congelamento;
- 2) la folgorazione;
- 3) quelli subiti dall'uso o guida di natanti da diporto e di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, per uso privato e in occasione di partecipazione a raduni e manifestazioni di veicoli storici (iscritti ASI o FMI) utilizzati su strade aperte al pubblico, a condizione che l'Assicurato, in caso di guida, sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione (*in caso di patente scaduta la copertura opererà solamente se al momento dell'infortunio l'Assicurato aveva i requisiti necessari per il rinnovo della patente stessa*);
- 4) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, dovuti a causa fortuita ed involontaria, e quelli causati da morsi di animali e punture di insetti, *escluse le conseguenze delle punture di zecca*;
- 5) gli avvelenamenti del sangue ed infezioni, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- 6) quelli subiti dall'Assicurato durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero (*non come pilota o membro dell'equipaggio*) su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico o per voli privati, da chiunque esercitati, condotti da piloti professionisti. Sono compresi in garanzia anche gli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza di forzato dirottamento;
- 7) l'asfissia, purché non dipendente da malattia;
- 8) l'annegamento;
- 9) le ernie addominali conseguenti a trauma;
- 10) quelli causati da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 11) quelli causati da tumulti popolari, atti di vandalismo, attentati, aggressioni o atti violenti ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- 12) quelli subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore, vertigini o stato di incoscienza, purché non causati dall'uso di stupefacenti o allucinogeni o dall'abuso di psicofarmaci o dall'abuso di alcolici se l'Assicurato si trova alla guida di mezzi di locomozione con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;
- 13) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di trattamenti resi necessari da infortunio indennizzabile.

L'assicurazione vale altresì:

- 14) per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata), da insurrezione e da occupazione militare, *per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità*, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;
- 15) per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni che colpissero l'Assicurato *al di fuori della regione dove si trova il suo comune di residenza*.

Art. 1.2 - Attività sportive

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati indicati in polizza subiscano in occasione della pratica delle attività sportive, ***purché non esercitate professionalmente.***

Devono intendersi esclusi gli infortuni che si verifichino in occasione della pratica di:

- alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai;
- arti marziali;
- atletica pesante;
- bob;
- bungee jumping;
- canoa fluviale oltre il III° grado;
- football americano;
- free-climbing;
- free-ride;
- hockey e sue varianti;
- kite surf;
- immersione con autorespiratore;
- lotta nelle sue varie forme;
- paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con mongolfiere, deltaplano, ultraleggeri e simili);
- pugilato;
- rafting;
- rugby e sue varianti;
- salto dal trampolino con sci o idrosci;
- sci acrobatico ed estremo;
- speleologia;
- sport equestri;
- torrentismo e canyoning.

Sono inoltre esclusi gli infortuni conseguenti all'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista per qualsiasi motivo eseguiti.

Salvo espressa pattuizione devono intendersi esclusi gli infortuni che si verifichino in occasione della pratica dei seguenti sports svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni sportive o Enti similari:

- baseball e softball;
- calcio in tutte le sue varianti;
- ciclismo e mountain bike;
- corsa in montagna;
- pallacanestro;
- pallamano;
- pallanuoto;
- pallavolo;
- sci in tutte le sue specialità e snowboard.

Art. 1.3 - Attività di volontariato

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati indicati in polizza subiscano in occasione dello svolgimento dell'attività di volontariato, in quanto l'Assicurato sia iscritto ad Associazione di Volontariato riconosciuta dalla vigente legge. È compresa la partecipazione a raduni, mostre, manifestazioni aventi carattere promozionale, ricreativo e formativo connesse ai fini istituzionali della stessa Organizzazione di Volontariato, limitatamente all'attività svolta su territorio italiano ***(a modifica di quanto disposto dall'art. 6.9 - Limiti territoriali).***

Sono esclusi gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante:

- ***gli interventi di volontariato previsti dal Servizio Nazionale della Protezione Civile;***
- ***gli interventi di soccorso alpino e speleologico;***
- ***gli interventi di soccorso fluviale e alluvionale;***
- ***gli interventi di antincendio (pompieri volontari);***
- ***interventi organizzati di controllo ed ispezione del territorio (così dette "ronde").***

Si intendono confermati gli articoli 1.1 - Rischio assicurato e 4.1 - Esclusioni.

Art. 1.4 - Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle presenti condizioni di assicurazione, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre concomitanze (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Si intendono confermati gli articoli 1.1 - Rischio assicurato e 4.1 - Esclusioni.

Prestazioni

(Valide solo se in polizza è indicata la relativa somma assicurata)

Art. 2.1 - Morte - Morte presunta

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza la morte e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata per il caso Morte ai Beneficiari indicati in polizza.

Se invece l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente e dopo il pagamento dell'indennità per Invalidità Permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai Beneficiari indicati in polizza ***soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.***

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquida ai Beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non verrà corrisposta prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. ***Qualora, dopo il pagamento dell'indennità, l'Assicurato risulti in vita, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata.***

A restituzione avvenuta l'Assicurato può far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente da infortunio eventualmente subita.

Art. 2.2 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde un'indennità calcolandola sulla relativa somma assicurata indicata in polizza, secondo le seguenti modalità:

- a) se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata;
- b) se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva parziale, la Società calcola l'indennizzo sulla somma assicurata in proporzione al grado accertato di Invalidità Permanente ***secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate in tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (Tabella INAIL) e successive modifiche intervenute fino al 24 luglio 2000. Le percentuali indicate nell'anzidetta tabella sono in ogni caso riferite alle somme assicurate in polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e la liquidazione della relativa prestazione è effettuata in conto capitale anziché sotto forma di rendita.***

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

- c) se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva parziale non determinabile sulla base della tabella che precede, la Società calcola l'indennizzo facendo riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di menomazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle indicate al punto b), **le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;**
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica **fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;**
- nel caso in cui l'Invalidità Permanente non sia specificata nella tabella che precede, la stessa viene determinata in riferimento alle percentuali ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione;
- la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati al punto b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;**
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo gli sia stato offerto in misura determinata, la Società corrisponde ai Beneficiari indicati in polizza l'importo offerto.

Art. 2.3 - Invalidità Permanente per lesioni tendinee (garanzia operante se in polizza è indicata la somma assicurata per Invalidità Permanente)

A titolo di Invalidità Permanente, indipendentemente dalle circostanze che hanno originato la lesione, anche se non conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio, fermo quanto disposto dall'art. 4.1 - Esclusioni, **la Società liquida per gli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille (trattata chirurgicamente o no) e per gli esiti di rottura della cuffia dei rotatori un indennizzo corrispondente ad un grado di Invalidità Permanente pari al 3% con il limite massimo di Euro 5.000,00;**

I suddetti indennizzi vengono corrisposti derogando a quanto indicato all'art. 2.2 - Invalidità Permanente e all'art. 5.1 - Criteri di indennizzabilità e senza l'applicazione di franchigia.

I suddetti indennizzi vengono corrisposti qualora la Società non abbia mai liquidato in precedenza al medesimo Assicurato alcuna indennità per la rottura sottocutanea di ciascun tendine di Achille e/o per la rottura di ciascuna cuffia dei rotatori.

Per ciascun tendine di Achille e per ciascuna cuffia dei rotatori la presente garanzia cessa dopo che è stato corrisposto l'indennizzo.

La presente garanzia decorre dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza.

Art. 2.4 - Malattie tropicali (garanzia operante se in polizza è indicata la somma assicurata per Invalidità Permanente)

La garanzia è estesa, limitatamente al caso di Invalidità Permanente da Infortunio, alle **malattie tropicali che siano conseguenza diretta ed esclusiva di morsi di animali, punture di insetti e aracnidi, escluse le punture di zecche**, che colpiscano l'Assicurato durante il soggiorno in tutto il mondo, intendendosi per tali quelle diagnosticate dai medici curanti, **compresa la malaria.**

La presente estensione di garanzia è valida sino alla concorrenza della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da infortunio e con un **massimo indennizzo pari ad Euro 50.000,00.**

Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari o inferiore al **15%** della totale; se invece essa risulterà superiore al 15% dell'invalidità totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale.

Il suddetto indennizzo viene corrisposto derogando a quanto indicato all'art. 2.2 - Invalidità Permanente e art. 2.5 - Franchigia su Invalidità Permanente.

La validità di questa estensione di garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle Autorità sanitarie dei Paesi ove intende recarsi e che al momento della partenza non risulti già affetto dalle predette malattie.

Art. 2.5 - Franchigia su Invalidità Permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente viene calcolato secondo le seguenti modalità:

- a) **sulla parte della somma assicurata fino ad Euro 250.000,00 non si dà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale;** se invece l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 3%, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- b) **sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 250.000,00 e fino ad Euro 500.000,00 non si dà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 8% della totale;** se invece l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 8%, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- c) **sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 500.000,00 non si dà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 15% della totale;** se invece l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 15%, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Se il grado di Invalidità Permanente accertata è di grado superiore al **20%** della totale, l'indennizzo è calcolato sull'intera somma assicurata **senza deduzione di alcuna franchigia**.

Se il grado di Invalidità Permanente accertata è di grado superiore al **70%**, la Società liquida il 100% della relativa somma assicurata.

Art. 2.6 - Inabilità Temporanea

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato, l'indennizzo viene calcolato secondo le seguenti modalità:

- a) **somma assicurata per Inabilità Temporanea al 100%** per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) **somma assicurata per Inabilità Temporanea 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 viene corrisposto per il periodo della necessaria cura medica e **per un massimo di 1 anno a decorrere dal giorno dell'infortunio. Se la denuncia è tardiva (intendendosi per tali le denunce che pervengono all'Intermediario del contratto o alla Società oltre il terzo giorno lavorativo successivo all'infortunio), la diaria decorre dal giorno successivo a quello della denuncia.**

Per la durata della cura l'Assicurato deve inviare con continuità e sollecitudine i 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. 2.7 - Franchigia su Inabilità Temporanea

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene calcolato con l'applicazione delle seguenti franchigie assolute:

- a) **5 giorni** sulla somma assicurata fino ad **Euro 35,00**;
- b) **10 giorni** sulla somma assicurata eccedente **Euro 35,00**.

Pertanto, dal primo al quinto giorno l'Assicurato non percepisce alcuna indennità, dal sesto al decimo l'Assicurato percepisce l'indennità calcolata sulla somma assicurata fino ad Euro 35,00, dall'undicesimo giorno l'Assicurato percepisce l'indennità calcolata sull'intera somma assicurata.

Art. 2.8 - Indennità giornaliera per ricovero

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporta ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza **per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, per un periodo massimo di 1 anno per sinistro**. Detta indennità è ridotta del **50% in caso di "Day Hospital" o di "Day Surgery"**. L'indennità è dovuta esclusivamente per "Day Hospital" o "Day Surgery" di **durata superiore a 2 giorni**, anche non consecutivi, purché dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa.

Art. 2.9 - Indennità giornaliera per convalescenza

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporta ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera di convalescenza indicata in polizza, per un **numero di giorni pari al doppio di quelli del ricovero**, indipendentemente dalla durata della convalescenza prescritta dal medico curante, **per un periodo massimo di 50 giorni per anno assicurativo**.

Tale indennità non è cumulabile con l'indennità giornaliera da ricovero qualora l'Assicurato subisca ulteriore ricovero nel periodo in cui sta usufruendo dell'indennità da convalescenza.

Art. 2.10 - Indennità giornaliera per gessatura

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporta gessatura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera da gessatura indicata in polizza per ciascun giorno di applicazione della gessatura, **escluso il giorno della sua rimozione, per un periodo massimo di 50 giorni per sinistro**.

È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o la frattura composta di almeno due archi costali e in questi casi la Società corrisponde l'indennità **per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro**.

Art. 2.11 - Rimborso spese sanitarie

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, **la Società rimborsa, fino a concorrenza della somma indicata in polizza per sinistro e per anno assicurativo**, le spese sanitarie sostenute per:

- 1) onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- 2) uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- 3) rette di degenza;
- 4) esami ed accertamenti diagnostici;
- 5) trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da uno specialista o dal medico curante, **effettuati e fatturati entro i 6 mesi** successivi all'infortunio o alla data di dimissione del primo ricovero necessario per la cura dell'infortunio stesso; **tali spese sono rimborsate nella misura del 75%**; in caso di intervento chirurgico, frattura o lussazione radiologicamente accertate, le spese saranno rimborsate al 100%;
- 6) trasporto dell'Assicurato in Istituto di cura con qualsiasi mezzo ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- 7) prestazioni medico-infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche ed **esclusi i medicinali**;
- 8) prestazioni odontoiatriche, **con il limite massimo di Euro 3.000,00 per sinistro e per anno assicurativo**, rese necessarie in conseguenza dell'infortunio e diagnosticate esclusivamente in Istituto di cura **entro e non oltre 7 giorni dall'infortunio stesso**;
- 9) il trasferimento, per l'immediato ricovero dell'Assicurato, presso un Istituto di cura idoneo qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile dall'équipe medica dell'Istituto di cura del luogo ove è avvenuto l'infortunio;
- 10) cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio, comprese quelle per interventi di chirurgia plastica od estetica. **L'intervento di chirurgia estetica dovrà avvenire entro 2 anni dalla data di guarigione clinica dell'infortunio, sempre che la polizza sia in vigore al momento dell'intervento**;
- 11) vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera **con il massimo di Euro 150,00 al giorno** (ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera) di un accompagnatore dell'Assicurato infortunato minorenne.

La Società effettua il rimborso a cura ultimata e previa presentazione di cartella clinica e fatture o parcellle giustificative di spesa in originale con l'applicazione di una franchigia pari ad Euro 150,00 per sinistro.

La suddetta franchigia non si applica alle spese sostenute per le prestazioni indicate al punto 5).

Art. 2.12 - Cumulo delle indennità

L'indennizzo per il caso Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente.

Le indennità giornaliere di cui agli artt. 2.6 - Inabilità Temporanea, 2.8 - Indennità giornaliera per ricovero, 2.9 - Indennità giornaliera per convalescenza e 2.10 - Indennità giornaliera per gessatura, indicate in polizza, cumulano tra di loro con un'indennità massima giornaliera di Euro 200,00.

Prestazioni aggiuntive (sempre operanti)

Art. 3.1 - Commorienza dei genitori

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la Morte del genitore Assicurato e del coniuge - o convivente more uxorio - la Società liquida:

- ai loro figli minori designati in polizza quali beneficiari;
- ai loro figli portatori di handicap tale da renderli non autosufficienti, designati in polizza quali beneficiari,

il doppio della somma assicurata per il caso di Morte con il massimo di Euro 600.000,00 per ogni genitore assicurato deceduto.

Art. 3.2 - Rimborso spese per inumazione e rimpatrio salma

In caso di morte dell'Assicurato in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa le spese sostenute per la cerimonia funebre, ***fino a concorrenza di Euro 3.000,00 per singola persona assicurata deceduta.***

Se la morte avviene all'estero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma, fermo comunque il massimo indennizzo sopra previsto.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Art. 3.3 - Indennità speciale per perdita anno scolastico

La Società liquida un'indennità speciale ***di Euro 3.000,00*** a favore dell'Assicurato che al momento dell'infortunio risulti regolarmente iscritto a scuola primaria, secondaria di primo grado o secondo grado in Italia, se in conseguenza dell'infortunio avvenuto durante l'anno scolastico, si sia trovato nell'incapacità fisica di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare, secondo le disposizioni in materia, la perdita dell'anno scolastico.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'autorità scolastica da cui risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta a causa delle suddette assenze.

Condizioni Particolari (valide solo se indicate in polizza)

PROF - Rischio solo professionale

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza.

L'assicurazione è prestata in base alla dichiarazione del Contraente che l'Assicurato svolge un'attività professionale alle dipendenze di terzi, vincolata ad un orario fisso e predeterminato di lavoro.

Restano esclusi, quindi, tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento di ogni normale attività extraprofessionale.

Devono intendersi abrogati gli artt. 1.2 - Attività sportive, 1.3 - Attività di volontariato e 1.4 - Esposizione agli elementi.

EXTR - Rischio solo extra-professionale

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività extraprofessionale.

L'assicurazione è prestata in base alla dichiarazione del Contraente che l'Assicurato svolge un'attività professionale alle dipendenze di terzi, vincolata ad un orario fisso e predeterminato di lavoro.

Restano esclusi, quindi, tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento delle attività a carattere professionale e, comunque, quelli che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

STRA - Rischio infortuni della circolazione stradale

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca mentre:

- a) è alla guida di ciclomotori, motocicli, quadricicli, autovetture, camper/autocaravan;
- b) è trasportato, in qualità di passeggero, da motoveicoli, autovetture, camper/autocaravan, autobus, mezzi di trasporto pubblici (terrestri, marittimi, lacuali e fluviali);
- c) è alla guida di cicli o velocipedi, esclusivamente in caso di collisione con veicolo identificato;
- d) è investito, in qualità di pedone, da qualsiasi veicolo;
- e) in caso di fermata accidentale del mezzo di trasporto di cui ai punti a) e b), effettua operazioni per metterlo in condizioni di riprendere la marcia, per toglierlo o reinserirlo nel flusso del traffico.

Devono intendersi abrogati gli artt. n. 1.1 - Rischio assicurato, 1.2 - Attività sportive, 1.3 - Attività di volontariato e 1.4 - Esposizione agli elementi.

MOTO - Esclusione rischio guida motoveicoli

A parziale modifica di quanto disposto al punto 3) dell'art. 1.1 - Rischio assicurato, *sono esclusi dalla garanzia gli infortuni subiti dalla guida di ciclomotori e motoveicoli di qualsiasi cilindrata.*

SPOR - Attività sportive speciali

Ferme le esclusioni di cui all'art. 1.2 - Attività sportive dilettantistiche, l'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati indicati in polizza subiscano, *in qualità di tesserati, durante la partecipazione, a livello dilettantistico, a competizioni - e relative prove e allenamenti - organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni Sportive o Enti similari relative ai seguenti sport:*

- baseball e softball;
- calcio (in tutte le sue varianti);
- ciclismo;
- pallacanestro;
- pallamano;

- pallanuoto;
- pallavolo;
- sci in tutte le sue specialità e snowboard.

Inoltre, a parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1.2 - Attività sportive dilettantistiche, la garanzia viene estesa alla pratica occasionale dei seguenti sport svolti a titolo ricreativo e/o amatoriale:

- alpinismo con scalata di roccia e accesso ai ghiacciai fino al 3° grado della scala U.I.A.A. (Unione Italiana Associazioni Alpine);
- atletica pesante;
- bob;
- immersione con autorespiratore (*esclusi i casi di embolia e/o conseguenze in genere della pressione dell'acqua*);
- pugilato;
- salto dal trampolino con sci o idrosci;
- speleologia;
- sport equestri.

Limitatamente agli infortuni indennizzabili ai sensi della presente Condizione Particolare, NON sono operanti le garanzie Inabilità Temporanea e Rimborso spese sanitarie anche se richiamate in polizza.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una Invalidità Permanente, **non si dà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo è calcolato con applicazione di una franchigia di 5 punti percentuali sul grado di Invalidità Permanente.

ANIA - Adozione della tabella ANIA

La tabella delle percentuali di Invalidità Permanente prevista al punto 2) dell'art. 2.2 - Invalidità Permanente si intende sostituita da quella di cui all'**Allegato 1**, con l'intesa che le percentuali indicate nell'anzidetta tabella sono in ogni caso riferite alla somma assicurata in polizza per il caso di Invalidità Permanente.

MODU - Franchigia modulata su Invalidità Permanente

L'art. 2.5 - Franchigia su Invalidità Permanente si intende abrogato e sostituito dal seguente: L'indennizzo per Invalidità Permanente viene calcolato sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

Grado percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	
	sulla somma assicurata fino ad Euro 500.000,00	sulla somma assicurata eccedente Euro 500.000,00
1	0,30	0,00
2	0,60	0,00
3	1,00	0,00
4	1,50	0,00
5	2,10	0,00
6	2,80	0,00
7	4,00	0,00
8	5,70	0,00
9	8,30	0,00
10	10,00	0,00
11	11,00	1,00
12	12,00	2,50
13	13,00	3,70
14	14,00	5,00

15	15,00	7,00
16	16,00	8,50
17	17,00	10,00
18	18,00	11,50
19	19,00	13,00
20	20,00	15,00
21	21,00	16,50
22	22,00	18,00
23	23,00	19,50
24	24,00	21,00
25	25,00	22,50
26	26,00	24,00
27	27,00	25,50
28	28,00	27,00
29	29,00	29,00
30	30,00	30,00
31	31,00	31,00
32	32,00	32,00
33	33,00	33,00
34	34,00	34,00
35	35,00	35,00
36	36,00	36,00
37	37,00	37,00
38	38,00	38,00
39	39,00	39,00
40	40,00	40,00
41	41,00	41,00
42	42,00	42,00
43	43,00	43,00
44	44,00	44,00
45	45,00	45,00
46	47,00	46,00
47	48,00	47,00
48	50,00	48,00
49	51,50	49,00
50	53,00	50,00
51	54,00	51,00
52	55,00	52,00
53	56,00	53,00
54	57,00	54,00
55	58,50	55,00
56	60,00	56,00
57	61,50	57,00
58	63,00	58,00
59	64,50	59,00
60	66,00	60,00
61	68,00	61,00
62	70,00	62,00
63	72,00	63,00
64	74,00	64,00
65	76,00	65,00
66	78,00	66,00

67	80,00	67,00
68	85,00	68,00
69	90,00	69,00
70	110,00	70,00
71	110,00	71,00
72	110,00	72,00
73	110,00	73,00
74	110,00	74,00
75	110,00	75,00
76	110,00	76,00
77	120,00	77,00
78	120,00	78,00
79	120,00	79,00
80	120,00	80,00
81	120,00	81,00
82	120,00	82,00
83	120,00	83,00
84	130,00	84,00
85	130,00	85,00
86	130,00	86,00
87	130,00	87,00
88	130,00	88,00
89	130,00	89,00
90	130,00	90,00
91	140,00	91,00
92	140,00	92,00
93	140,00	93,00
94	140,00	94,00
95	140,00	95,00
96	150,00	96,00
97	150,00	97,00
98	150,00	98,00
99	150,00	99,00
100	150,00	100,00

PLUS - Franchigia e supervalutazione su Invalidità Permanente

L'art. 2.5 - Franchigia su Invalidità Permanente si intende abrogato e sostituito dal seguente:

L'indennizzo per Invalidità Permanente viene calcolato secondo le seguenti modalità:

- sulla parte della somma assicurata fino ad Euro 300.000,00 non si dà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 5%, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;***
- sulla parte della somma assicurata eccedente Euro 300.000,00 non si dà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 10%, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.***

Se invece il grado di Invalidità Permanente accertata è superiore alle percentuali sopraindicate la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

Grado percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	
	sulla somma assicurata fino ad Euro 300.000,00	sulla somma assicurata eccedente Euro 300.000,00
da 1 a 5	0	0
6	1	0
7	2	0
8	3	0
9	4	0
10	5	0
11	6	1
12	7	2
13	8	3
14	9	4
15	10	5
16	11	6
17	12	7
18	13	8
19	14	9
20	15	10
21	17	17
22	19	19
23	21	21
24	23	23
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	33	33
32	37	37
33	40	40
34	45	45
35	50	50
36	55	55
37	60	60
38	63	63
39	66	66
40	70	70
41	73	73
42	76	76
43	80	80
44	85	85
45	90	90
46	92	92
47	96	96
48	98	98
49 e oltre	100	100

TOTA - Invalidità Permanente grave

L'art. 2.5 - Franchigia su Invalidità Permanente si intende abrogato e sostituito dal seguente:
Se il grado di Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al **50%** della totale, non si dà luogo ad indennizzo. Se invece l'Invalidità Permanente risulterà di grado **superiore al 50%** l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del **100%** della somma assicurata.

INTE - Inabilità Temporanea Integrale

L'art. 2.6 - Inabilità Temporanea si intende abrogato e sostituito dal seguente:

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata per Inabilità Temporanea, **integralmente** per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza.

L'indennità per Inabilità Temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno dell'infortunio e viene corrisposta **per un massimo di 1 anno. Se la denuncia è tardiva (intendendosi per tali le denunce che pervengono all'Intermediario del contratto o alla Società oltre il terzo giorno lavorativo successivo all'infortunio), la diaria decorre dal giorno successivo a quello della denuncia.**

Per la durata della cura l'Assicurato deve inviare con continuità e sollecitudine i 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.

Si intende confermato l'articolo 2.7 - Franchigia su Inabilità Temporanea.

Delimitazioni

Art. 4.1 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

- 1. a guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente art. 1.1 - Rischio assicurato - punto 14);**
- 2. a movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, salvo quanto previsto dal precedente art. 1.1 - Rischio assicurato - punto 15);**
- 3. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota o di altro membro dell'equipaggio;**
- 4. all'uso, anche come passeggero di:**
 - a) mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio;**
 - b) aeromobili di aziende o privati condotti da piloti non professionisti o di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
 - c) mezzi subacquei;**
- 5. all'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista per qualsiasi motivo eseguiti;**
- 6. alla guida di veicoli o natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato secondo le norme in vigore al momento dell'infortunio, salvo quanto previsto all'art. 1.1 - Rischio assicurato - punto 3);**
- 7. alla guida di motoveicoli al di fuori delle strade ad uso pubblico o privato equiparate, destinate alla circolazione di pedoni e veicoli;**
- 8. alla pratica di qualsiasi sport che costituisca per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata e di quelli esclusi all'art. 1.2 - Attività sportive dilettantistiche;**
- 9. alla pratica di sport aerei in genere;**
- 10. ad alcolismo e/o ad abuso di psicofarmaci, all'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque a volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
- 11. all'assunzione di una quantità di alcool che comporti un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro se l'Assicurato si trova alla guida di mezzi di locomozione;**
- 12. a operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;**
- 13. alla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;**
- 14. a imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;**

15. *a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
16. *a suicidio o tentato suicidio o atti di autolesionismo;*
17. *a infarti da qualsiasi causa determinati.*

Sono inoltre esclusi gli infortuni occorsi durante:

- *l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- *l'espletamento all'estero del servizio militare o del servizio civile sostitutivo dello stesso.*

Art. 4.2 - Persone non assicurabili

La Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione qualora, al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia, o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organico-cerebrali, schizofrenia, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive.

Si conviene che, qualora l'Assicurato venga colpito da una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate durante la validità del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

L'eventuale incasso di premi scaduti non pregiudica la cessazione dell'assicurazione e detti premi (al netto delle imposte) verranno restituiti al Contraente.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 6.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Adempimenti in caso di sinistro

Art. 5.1 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 2.2 - Invalidità Permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 5.2 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato (in caso di morte il Beneficiario) deve darne avviso scritto all'Intermediario del contratto, oppure alla Società, non appena ne abbia avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione di luogo, giorno e ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

La denuncia del sinistro deve essere corredata dal certificato medico riportante dettagliata indicazione della/e lesione/i fisica/he oggettivamente constatabile/i riportata/e dall'Assicurato.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di prolungamento dell'Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati e inoltrati alla Società alle rispettive scadenze.

*L'Assicurato o, in caso di morte dell'Assicurato, il Beneficiario deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari, da eseguirsi in Italia.
L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, il Contraente o i Beneficiari dovranno darne tempestivo avviso alla Società.*

Art. 5.3 - Pagamento dell'indennizzo - Anticipi

Ricevuta la necessaria documentazione, espletate tutte le indagini richieste dalla Società e verificata la validità delle garanzie, la Società provvede al pagamento entro 30 giorni dall'accettazione dell'indennizzo da parte dell'avente diritto. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

La Società non è tenuta a corrispondere anticipi, salvo quanto previsto dal successivo art. 5.4 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale e nei casi di:

- Inabilità Temporanea di durata accertata superiore ai 2 mesi e sempre che l'Assicurato abbia ottemperato agli obblighi di cui all'art. 5.2 - Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato, la Società - se richiesto - corrisponderà un anticipo pari alla metà di quello che spetterebbe in base alle certificazioni mediche prodotte alla data della richiesta, da conguagliarsi in sede di liquidazione definitiva;
- Invalidità Permanente presunta, nel senso che, qualora trascorsi 3 mesi dal termine della cura medica sia prevedibile che all'Assicurato infortunatosi residui un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20%, la Società - se richiesto - corrisponderà un anticipo pari alla metà di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di liquidazione definitiva.

Detti anticipi, da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio, verranno effettuati fino a concorrenza di un esborso massimo di Euro 30.000,00.

Art. 5.4 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono e compete all'Assicurato dalla data in cui lo stesso è stato determinato.

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, sulla durata dell'Inabilità Temporanea o del ricovero o del periodo di ingessatura, sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalla polizza, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, il Collegio può dare indicazioni alla Compagnia di concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti tra 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5.5 - Attività diversa da quella dichiarata

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata *senza che l'Assicurato ne abbia dato immediatamente comunicazione scritta alla Società*, in caso di infortunio:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- ***l'indennizzo sarà corrisposto nella misura ridotta indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.***

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività professionale dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla classificazione dei rischi ***contenuta nel documento "Codici e classi di rischio delle attività professionali" reperibile in agenzia o sul sito internet www.uniqagroup.it.***

Per la classificazione di attività professionali eventualmente non specificate nel citato elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività professionale elencata.

		Attività professionale dichiarata			
		Cat. A	Cat. B	Cat. C	Cat. D
Attività professionale svolta al momento dell'infortunio	Cat. A	100%	100%	100%	100%
	Cat. B	80%	100%	100%	100%
	Cat. C	65%	80%	100%	100%
	Cat. D	50%	70%	75%	100%

Norme contrattuali

Art. 6.1 - Indicizzazione (operante qualora venga indicato "SI" nella corrispondente casella del simplo contrattuale)

Qualora la presente clausola risulti richiamata in polizza, le somme assicurate e il relativo premio sono soggetti ad "adeguamento automatico" in base all'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") pubblicato dall'ISTAT.

Premesso che:

- con l'espressione "indice base" si intende quello del giugno dell'anno precedente alla data di emissione della polizza o l'ultimo "indice di riferimento annuale" applicato;
- con l'espressione "indice di riferimento annuale" si intende quello del mese di Giugno dell'annualità precedente rispetto alla scadenza annuale della polizza;

alla scadenza di ogni rata annuale della polizza se si sarà verificata una variazione in più o in meno tra l'"indice base" e l'"indice di riferimento annuale" le somme assicurate e il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione a decorrere dalla medesima scadenza di rata.

Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente.

È facoltà delle Parti rinunciare per il futuro all'applicazione dell'indicizzazione mediante lettera raccomandata da inviarsi all'altra Parte almeno 2 mesi prima della scadenza annuale del premio; in tal caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato.

Qualora in conseguenza della variazione degli indici le somme assicurate e il premio superassero del 100% gli importi inizialmente stabiliti, la Società bloccherà l'aggiornamento degli importi, fissandoli al livello che avevano all'ultima scadenza.

Art. 6.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 6.3 - Aggravamento del rischio

Il Contraente, o l'Assicurato, devono dare immediatamente comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di 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,*** ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 6.4 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6.5 - Pagamento del premio - Effetto dell'Assicurazione

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti decorre dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto dal Contraente anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Intermediario o alla Società.

Art. 6.6 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima, di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un ulteriore anno, e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 6.11 - Recesso dal contratto in caso di sinistro.

È possibile convenire tra le Parti che, con opportuna indicazione di "Non tacita proroga" sulla polizza, l'assicurazione cessi alla naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

In caso di mancata proroga dell'assicurazione non vige il beneficio di cui all'art. 1901, comma 2, del Codice Civile.

Art. 6.7 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, ***gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato,*** così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 6.8 - Altre assicurazioni

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

Art. 6.9 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero (salvo quanto previsto all'art. 1.1 - Oggetto dell'Assicurazione, punto 14), fatta eccezione per la garanzia Inabilità Temporanea la cui copertura è limitata agli infortuni subiti negli stati europei.

Tuttavia, per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione relativa al caso di Inabilità Temporanea vale limitatamente ai giorni di eventuale ricovero ospedaliero documentato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno del rientro dagli stati suddetti.

Art. 6.10 - Rinuncia al diritto di rivalsa

Salvo il caso di Rimborso Spese Sanitarie, la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio.

Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Sanitarie, la Società rinuncia al diritto di surrogazione nei confronti delle seguenti persone:

- coniuge, parenti ed affini dell'Assicurato fino al 3° grado di parentela;
- convivente more uxorio, parenti ed affini anche oltre il 3° grado di parentela e domestici conviventi dell'Assicurato;
- Contraente e Assicurati nella medesima polizza (quando il Contraente non sia una persona fisica, la Società rinuncia al diritto di surrogazione anche nei confronti dei legali rappresentanti).

Art. 6.11 - Recesso dal contratto in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro come definito a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata con preavviso di 30 giorni.

La Società, entro 15 giorni dall'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Il pagamento dei premi scaduti dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto non potranno essere interpretati come rinuncia alla facoltà di recesso.

Art. 6.12 - Comunicazioni - Variazione dell'Assicurazione

Fermo quanto disposto agli artt. 6.6 - Proroga dell'assicurazione e 6.11 - Recesso dal contratto in caso di sinistro, tutte le comunicazioni del Contraente devono essere inviate tramite lettera raccomandata, telegramma, fax o posta elettronica all'Intermediario o alla Società.

Qualunque variazione dell'assicurazione dovrà risultare da atto scritto e sottoscritto dalle Parti.

Art. 6.13 - Foro competente

Il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente.

Art. 6.14 - Oneri fiscali e parafiscali

Gli oneri fiscali e parafiscali, presenti e futuri, relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 6.15 - Legge applicabile

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

Art. 6.16 - Interpretazione del contratto

Si conviene tra le Parti che, in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole all'Assicurato.

Sezione Assistenza

(garanzia operante solo se indicata in polizza)

Norme che regolano l'Assicurazione

Art. 7. - Oggetto della garanzia

La Società, alle condizioni ed entro i limiti di seguito riportati, si obbliga a prestare all'Assicurato che, a seguito di infortunio ne abbia necessità, le prestazioni sotto descritte. Per poter usufruire delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, come indicato all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 8. - Prestazioni di assistenza

8.1 Consulenza medica telefonica

L'Assicurato, qualora a seguito di infortunio necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

8.2 Invio di un medico generico a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8:00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato mediante autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

8.3 Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

8.4 Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

8.5 Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.

8.6 Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a ricovero in Istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso di 2 ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

8.7 Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia stato ricoverato in Istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al

disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di un collaboratore familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

8.8 Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

8.9 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia affetto da una patologia che venga ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:

- a) ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'Istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
 - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo;

- c) ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.

8.10 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'art. 57.9 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

Le prestazioni di cui agli artt. dal 8.11 al 8.19 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato.

8.11 Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto nell'Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero l'Assicurato debba essere trasferito in un Istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione inoltre non è dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addiventano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

8.12 Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'art. 8.11 che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

8.13 Anticipo spese mediche

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di Euro 1.000,00 per sinistro.

La prestazione non è operante:

- nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

8.14 Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 7 giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

8.15 Accompagnamento di minori

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prenderse cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

8.16 Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di infortunio e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

8.17 Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (limitatamente al pernottamento e alla prima colazione), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di Euro 60,00 al giorno.

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

8.18 Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di Euro 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

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

8.19 Interprete a disposizione

Se l'Assicurato viene ricoverato all'estero a seguito di infortunio e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

Le seguenti prestazioni sono riservate agli Assicurati a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico.

8.20 Medical Advice Program

(in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, per il quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita, nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

a) Consulenza medica di secondo livello

I medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up).

b) Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei Centri di eccellenza. Tutti i dati clinici saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.

Il Centro medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di Euro 200,00 per sinistro.

I medici specialisti dei Centri di eccellenza formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo, ove occorra, ad interpretarla.

La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

c) Attivazione del secondo parere internazionale

Qualora, su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei Centri di eccellenza nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

Art. 9. - Norme che regolano l'erogazione delle prestazioni assistenza

- a) Le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato fino a tre volte per ciascun tipo e per anno assicurativo.
- b) In caso di permanenza continuativa all'estero, la garanzia Assistenza è operante fino a 2 mesi per anno assicurativo.
- c) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- d) La Società e la Struttura Organizzativa declinano ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione di tali prestazioni a seguito di:
 - disposizioni delle Autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
 - ogni circostanza fortuita o imprevedibile;
 - cause di forza maggiore.
- e) Il diritto alle assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- f) Le prestazioni di Assistenza sono fornite dalla Struttura Organizzativa in nome e per conto della Società.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa sezione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo e anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.

Art. 10. - Esclusioni

La Sezione Assistenza non è operante per i sinistri derivanti da:

- a) malattia;
- b) guerra, insurrezione, operazioni militari, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- d) abuso di alcool e/o psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- e) uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista e atti di temerarietà;
- f) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e altre calamità naturali se è stato dichiarato lo "stato di calamità naturale";
- g) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio.

Art. 11. - Modalità per la richiesta di assistenza

Per poter usufruire delle prestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi alla Struttura Organizzativa con le seguenti modalità:

- per telefono al numero verde 800 403 161 valido solo per chiamate dall'Italia;
- per telefono al numero 02.58.28.61.99 valido sia in Italia che all'estero;
- per fax 02.58.47.72.01 valido sia in Italia che all'estero;

(dall'estero, in caso di telefonata o fax, i relativi numeri dovranno essere preceduti dal prefisso internazionale 0039);

- per telegramma indirizzato a Europ Assistance Service S.p.A.
Piazza Trento, 8 - 20135 - Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni. L'orario per le richieste del "Medical Advice Program" è dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono sostenute dalla Struttura Organizzativa.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà sempre comunicare:

- il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;
- cognome e nome dell'Assicurato che necessita del servizio di Assistenza;
- numero della polizza "Infortuni" preceduto dalla seguente sigla: UPIM;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- numero telefonico dove potrà essere reperito il richiedente nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture e ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Allegato I - Tabella ANIA delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
*un arto superiore	70%	60%
*una mano o un avambraccio	60%	50%
*un pollice	18%	16%
*un indice	14%	12%
*un medio	8%	6%
*un anulare	8%	6%
*un mignolo	12%	10%
*la falange ungueale del pollice	9%	8%
*una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
*una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
*della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
*del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
*del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
*del nervo radiale	35%	30%
*del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
*al di sopra della metà della coscia	70%	
*al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
*al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del 3° medio di gamba	50%	
*un piede	40%	
*ambedue i piedi	100%	
*un alluce	5%	
*un altro dito del piede	1%	
*la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
*dell'anca in posizione favorevole	35%	
*del ginocchio in estensione	25%	
*della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
*della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo:		
*sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
*una vertebra cervicale	12%
*una vertebra dorsale	5%
*12a dorsale	10%
*una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con:	
*contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
*Esiti di frattura del sacro	3%
*Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
*un occhio	25%
*ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
*un orecchio	10%
*ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
*monolaterale	4%
*bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
*un rene	15%
*della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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







UNIQA Assicurazioni SpA

Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano - www.uniqagroup.it - Capitale Sociale € 7.740.000,00 i.v.

C.F. / P.I. / Registro Imprese Milano n. 01416080156 - R.E.A. n. 688496 - Autorizzazione D.M. 5716 del 18/08/1966 (G.U. 217 del 01/09/1966)

Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00033 - Gruppo "UNIQA ITALIA" (Albo gruppi n. 007)

Società con unico azionista, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UNIQA Insurance Group AG