

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "All Salute Infortuni Asso"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre una serie di prestazioni in caso di infortunio.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Invalidità permanente da Infortunio
- ✓ Morte da Infortunio

L'assicurazione vale in caso di Infortunio durante lo svolgimento delle attività riconducibili alle categorie assicurate e previste nella Scheda di polizza.

Il prodotto prevede le seguenti coperture: Rischi Volontari, Rischi Speciali e Rischi Sportivi, che sono da intendersi alternative tra di loro.

Ciascuna copertura ha delle garanzie abbinata diversamente opzionabili.

- ✓ Rischi volontari e sportivi
 - Rischi volontari: l'assicurazione vale per infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività previste dallo statuto del Contraente;
 - Rischi sportivi: l'assicurazione vale per infortuni derivanti dall'attività sportiva dichiarata, durante gare, allenamenti e opera per i trasferimenti collettivi.

- ✓ Rischi Speciali
L'assicurazione vale per infortuni subiti dagli iscritti durante la permanenza nei locali e luoghi gestiti dalla Contraente, partecipazione a gite, passeggiate e trasferimenti collettivi con mezzo comune. Per gli assistenti in occasione dello svolgimento dell'attività lavorativa prestata nell'ambito di attività promosse dal Contraente inclusi i trasferimenti collettivi.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda di polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, AIDS, epilessia, psicosi e disturbi gravi della personalità.
- ✗ Per i Rischi Volontari e Sportivi: Non è ammessa la stipulazione della Polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'80° anno di età.
- ✗ Per i rischi Speciali: Non è ammessa la stipulazione della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'85° anno di età.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e periodi di carenza per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Danni alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".
- ! È escluso il rischio in itinere.

Per i Rischi Volontari e Sportivi:

- ! È esclusa la pratica di sport a livello professionistico.
- ! Per gli Assicurati presenti in polizza che hanno compiuto 80 anni, si intende operante – per il caso Invalidità permanente – una franchigia assoluta del 10% a deroga di altre forme di franchigia eventualmente già previste.

Per i rischi Speciali:

- ! Per gli Assicurati che hanno compiuto 75 anni, si intende operante – per il caso Invalidità permanente – una franchigia assoluta del 10% a deroga di altre forme di franchigia eventualmente già previste in polizza.



Dove vale la copertura?

- ✓ Per i Rischi Sportivi e Rischi Speciali l'assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ Per i Rischi Volontari l'assicurazione è limitata al territorio Italiano, alla Repubblica di S. Marino e allo stato Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento o diminuzione del rischio assicurato.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste all'interno delle Condizioni di assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato all'atto della sottoscrizione della polizza.

Puoi chiedere il frazionamento del premio, che comporta una maggiorazione del 1%: le relative rate sono da pagare alle scadenze di frazionamento stabilite.

Puoi pagare il premio tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio o della rata di premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della polizza, e termina alla scadenza indicata nella Scheda di polizza. In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento immediatamente dopo la stipulazione; purtuttavia a seconda della scelta effettuata dall'Assicurato in ordine alla durata del contratto il diritto di disdetta/ recesso può essere effettuato con le seguenti modalità:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

Nel contratto di durata annuale o poliennale si può disdettare alla scadenza indicata in Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso per poliennialità

Nel contratto di durata poliennale puoi recedere alla scadenza di ogni singola annualità inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso in caso di sinistro:

L'impresa assicuratrice può recedere dal contratto dopo ogni sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo con un preavviso di 30 giorni.

Inoltre se rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Articolo 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, hai la facoltà di recedere dopo ogni sinistro regolarmente denunciato entro i medesimi termini previsti per l'impresa.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

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



Prodotto "All Salute Infortuni Asso"

28/03/2026 – Il Dip aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Allianz S.p.A, con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it
Con riferimento all'ultimo **bilancio d'esercizio 2024** redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.043** milioni di euro e il risultato economico di periodo pari a **110** milioni di euro.
Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet www.allianz.it e si riporta il valore dell'indice di solvibilità (Solvency Ratio) pari a **292%**.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il contraente.
L'Assicurazione vale in caso di infortunio, fatto salvo quanto espressamente escluso nel paragrafo "**Ci sono limiti di copertura**", subito dall'Assicurato nello svolgimento delle attività di seguito indicate e riconducibili alla categoria indicata nella Scheda di Polizza ISCRITTI – ASSISTENTI. Per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag. 4 – Art. 2.1
GARANZIE BASE
MORTE DA INFORTUNIO: per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag. 6 – Art. 2.6;
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO: per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag. 6 – Art. 2.7;
OPZIONI SENZA PAGAMENTO DI PREMIO AGGIUNTIVO
Danni estetici (Garanzia Inv. Perm.): per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag. 11 – Art. DE
Rimpatrio della salma (garanzia Morte) : per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag. 10 – Art. RIM
Rientro sanitario : per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag.10 – Art. RIS
Esposizione agli elementi: per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag. 11 – Art. ELE
Rischio calamità naturali: per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione Pag. 11 – Art. TER

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Le garanzie sotto riportate sono opzioni relative a ciascuna copertura prescelta e sono selezionabili solo in abbinamento ad entrambe le garanzie base.
Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza: Per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione pag. 8 – Art. IR
Indennità giornaliera per ingessatura: Per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione pag. 8 – Art. IG
Rimborso spese mediche: Per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione pag.8, 9 – Art. RSM
Rischio in itinere: Per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione pag. 9 – Art. RIT
Indennità integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il Contraente: Per le informazioni di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione pag. 10 – Art. Q



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI

L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da: guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta - uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove - guida o uso come passeggero di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili) - pratica di sport aerei in genere - pratica dei seguenti sport: arti marziali nelle sue varie forme, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, hydrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo - immersioni con autorespiratore - pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta - ubriachezza (se alla guida di mezzi di locomozione), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi - partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati - da imprese temerarie - guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. **E' sempre escluso** l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale - terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche - reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate. **Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi:** conseguenze dell'Infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) - conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio - infarto da qualsiasi causa determinato - rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un in assenza di un evento traumatico conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza). L'Assicurazione vale in caso di infortunio subito dall'Assicurato durante la partecipazione ad allenamenti liberi, limitatamente alla pratica della medesima disciplina sportiva dichiarata nella Scheda di polizza. Sono comunque esclusi i trasferimenti effettuati con ciclomotori e motocicli. L'Assicurazione non è inoltre operante per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante il trasferimento effettuato individualmente da casa al luogo comune di ritrovo e/o della gara/competizione e viceversa. Non è ammessa la stipulazione della Polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'80esimo anno di età

ESCLUSIONI GARANZIA BASE: Invalidità Permanente - L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente purché si manifesti – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza

ESCLUSIONI OPZIONI AGGIUNTIVE: - Rimborso spese mediche: per prestazioni mediche specialistiche esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere; in caso di Ricovero nelle spese per materiali d'intervento, compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento, con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro. - Indennità integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il Contraente: sono esclusi gli infortuni che colpiscono parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi, amministratori o soci del Contraente, nel caso si tratti di una Società a responsabilità illimitata, e i loro parenti o affini con essi conviventi, persone soggette all'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Rischio Volo.

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO

Franchigie assolute diverse per il caso invalidità permanente a seconda della categoria assicurata: 3% sino ad Euro 150.000 poi il 5% - 5% - Per gli assicurati presenti in polizza che hanno compiuto 80 anni la franchigia è pari al 10% - **Rimborso spese mediche:** Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di euro 80,00 – trattamenti fisioterapici e rieducativi prestati fino a concorrenza del 20% del massimale rimborso spese mediche con il max di Euro 400,00. **Indennità giornaliera per ricovero:** il limite massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo senza franchigia. **Indennità giornaliera per convalescenza:** il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo. **Indennità giornaliera per ingessatura:** il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo. **Danni estetici** Massimo Euro 5.000,00. **Rimpatrio della salma:** Massimo Euro 1.500,00. **Rientro sanitario** a seguito di infortunio: Massimo Euro 1.000,00. **Calamità naturali:** In caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione. **Limite Catastrofale:** Euro 6.000.000,00



A chi è rivolto questo prodotto?

Dedicato alle realtà, associative e non, che vogliono tutelare i propri iscritti nell'esercizio delle attività ludico ricreative



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa Assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità</p> <ul style="list-style-type: none"> - lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - tramite il sito internet dell'Impresa www.allianz.it accedendo alla sezione Reclami. <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine di 45 giorni può essere sospeso per un massimo di 15 giorni.</p> <p>Ulteriori informazioni sui reclami relativi al comportamento degli Agenti, degli Intermediari bancari, dei broker e dei loro dipendenti e collaboratori sono consultabili sul sito internet www.allianz.it nella sezione Reclami.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo (obbligatorio)	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di Sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Nel caso di lite transfrontaliera, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net , o all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Trattamento fiscale dei premi: Il premio corrisposto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Detraibilità/deducibilità fiscale dei premi: Con riguardo alle garanzie "Invalidità Permanente da Infortunio" e "Morte da Infortunio" in capo al Contraente Persona Fisica compete una detrazione d'imposta nei limiti e con le modalità in vigore al momento del pagamento del premio; se Persona giuridica, il premio è assoggettato al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura.</p> <p>Tassazione delle somme percepite: Le somme dovute dalla Società in dipendenza del Contratto non sono soggette ad imposta sul reddito delle persone fisiche; in caso di beneficiario persona giuridica, il premio è assoggettato al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura.</p> <p>Il regime fiscale sopra descritto non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.</p>
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</p> <p>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</p> <p>Per alcune patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link allianz.it/patologie-oncologiche-termini-ridotti. Ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo, ove previsto, del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.</p> <p>Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. NELL'AREA INTERNET RISERVATA POTRANNO ESSERE ESEGUITE LE SEGUENTI ATTIVITÀ: CONSULTAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI, SEGNALAZIONE DI UN SINISTRO, VARIAZIONE DELL'INDIRIZZO DEL CONTRAENTE.

ALL SALUTE

Infortuni ASSO Rischi Speciali

Assicurazione infortuni

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 228 - 03 - 15/12/2020

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

Glossario

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Assistente: soggetto che svolge attività lavorativa e di collaborazione, anche a titolo gratuito, per conto e ordine del Contraente nell'ambito delle attività promosse e organizzate dallo stesso.

Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione.

Day Hospital: ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

Franchigia/Scoperto: parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Invalità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Iscritto: soggetto che fruisce delle attività educative, ricreative, culturali, formative e sportive organizzate a suo favore dal Contraente.

Lesione capsulo-legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Remunerazione diretta: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione indiretta: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito - sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari o in natura conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza, che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI	4
■ GARANZIE BASE	6
3. OPERATIVITA'	7
4. IN CASO DI SINISTRO	7
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO/CATEGORIA	8
CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	10
TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE	13

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Contraente è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.5 - Recesso in caso di Sinistro

(valido solo per i contratti aventi durata annuale)

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non trascorso sulle somme assicurate in essere al momento del recesso.

Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

Art. 1.6 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto e per le stesse persone.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Imprese di assicurazione.

Art. 1.7 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.8 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Condizioni di assicurazione

Art. 1.9 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito, dell'Area Economica Europea.

Art. 1.10 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge.

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio, **fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni"**, subito dall'Assicurato nello svolgimento delle attività di seguito indicate e riconducibili alla categoria indicata nella Scheda di Polizza.

(valido nel caso in cui venga selezionata la categoria Iscritti)

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante:

- la permanenza nei locali e luoghi gestiti dal Contraente in occasione della partecipazione alle attività educative, ricreati-ve, culturali, formative e sportive dallo stesso organizzate;
- la partecipazione a gite o passeggiate, purché effettuate nell'ambito dell'attività del Contraente e sotto la sorveglianza di personale apposito;
- i trasferimenti collettivi effettuati con mezzo comune dal luogo di ritrovo sino a quello nel quale si svolgono le attività organizzate dal Contraente.

(valido nel caso in cui venga selezionata la categoria Assistenti)

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante la permanenza nei locali e luoghi gestiti dal Contraente e in occasione dello svolgimento dell'attività lavorativa e di collaborazione prestata nell'ambito delle attività promosse ed organizzate dal Contraente.

Si intendono inclusi i trasferimenti collettivi effettuati con mezzo comune dal luogo di ritrovo sino a quello nel quale si svolgono le attività organizzate dal Contraente.

Art. 2.2 - Rischi compresi e precisazioni

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

1. sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
2. subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
3. derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **purché non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;**
4. derivanti da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o da insurrezioni purché non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica che l'Assicurato subisca mentre si trova al di fuori del proprio Stato di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, **purché gli Infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in un Paese che sino ad allora era in pace e a condizione che non vi abbia partecipato in modo volontario. La presente estensione non comprende comunque gli infortuni derivanti dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.**

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

1. asfissia non di origine morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3. avvelenamento del sangue e infezione - **escluso il virus H.I.V. - sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;**
4. annegamento;
5. lesioni determinate da sforzo (intendendosi per sforzo il dispiego improvviso e anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato), limitatamente a quelle muscolari, **con esclusione comunque delle rotture sottocutanee dei tendini (intendendosi per tali le lacerazioni totali o parziali di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo);**
6. ernie, limitatamente a quelle addominali da sforzo ed **esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente;**
7. lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi **con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;**

Condizioni di assicurazione

8. folgorazione;
9. colpi di sole o di calore;
10. assideramento o congelamento;
11. lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art. 2.3 - Rischio volo

L'Assicurazione, **limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente**, è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. **Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non** (salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni").

Resta altresì inteso che **l'operatività della presente garanzia non si estende all'eventuale Assicurazione complementare in-fortuni dei quali sia civilmente responsabile il Contraente.**

Art. 2.4 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che l'Assicurato abbia al momento del Sinistro i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
- c) guida o uso come passeggero di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto al precedente articolo "Rischio volo";
- d) pratica di sport aerei in genere;
- e) pratica dei seguenti sport:
 1. arti marziali nelle sue varie forme, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, hydrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
 2. immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello);
- f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;
- g) ubriachezza (se alla guida di mezzi di locomozione), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati;
- i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- j) guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo "Rischi compresi e precisazioni" e all'articolo "Rischio volo". E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- k) partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- l) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
- m) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi **esclusi** dall'Assicurazione i seguenti casi:

- n) conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- o) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- p) infarto da qualsiasi causa determinato;
- q) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo e sottocutaneo).

Art. 2.5 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V.;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;

Condizioni di assicurazione

- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo a seguito di appositi accordi tra il Contraente e l'Impresa.

Non è ammessa la stipulazione della Polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'85° anno di età.

Per gli Assicurati che hanno compiuto 85 anni, si intende operante – per il caso Invalidità permanente – una Franchigia assoluta del 10% a deroga di altre forme di Franchigia eventualmente già previste in Polizza.

GARANZIE BASE

Art. 2.6 - Morte

Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile, ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati (ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o te-stamentari dell'Assicurato) la somma assicurata per il caso di Morte indicata nella Scheda di Polizza.

Qualora invece l'Infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.

L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 codice civile.

Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 2.7 - Invalidità permanente

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente **purché si manifesti** - anche successivamente alla scadenza della polizza - **entro due anni dal giorno dell'Infortunio** indennizzabile a termini di Polizza.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo " Accertamento del grado di Invalidità permanente".

Art. 2.8 - Accertamento del grado di Invalidità permanente

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Invalidità permanente" e secondo i seguenti criteri:

- a) si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;**
- b) in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;**
- c) in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;**
- d) in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa;**
- e) la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;**
- f) in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;**
- g) in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;**
- h) nei casi di Invalidità permanente non specificati nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente", l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica attività professionale esercitata dall'Assicurato.**

In caso di ernia addominale da sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, viene corrisposta una Indennità, a titolo di Invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Condizioni di assicurazione

Nel predetto caso la garanzia ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza; nel caso la Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e la stessa garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni opera delle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente Polizza, per le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza limitatamente alle maggiori somme eventualmente assicurate.

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

4. IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente - se diverso dall'Assicurato - i suoi eredi legittimi o i Beneficiari** designati nella Scheda di Polizza **devono dare immediato avviso all'Impresa.**

Art. 4.2 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un Perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di deci-dere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di re-sidenza 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.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Condizioni di assicurazione

Art. 4.3 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo quantificato od offerto.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO/CATEGORIA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

IP1 – Franchigia assoluta del 3% fino a Euro 150.000,00 poi del 5%

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a 150.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 3% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 150.000,00, l'impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece esso risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

IP2 - Franchigia assoluta del 5%

Non si farà luogo a Indennizzo per Invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 5% della totale.

Se essa risulta maggiore di detta percentuale, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

IR - Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Il giorno di ingresso e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza **superiore a 3 giorni completi**, l'Impresa corrisponde, per la successiva convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari al 50% di quello dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

IG - Indennità giornaliera per ingessatura

L'Impresa riconosce l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza qualora l'Assicurato - in conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza - sia portatore a domicilio di Ingessatura, come da definizione di Polizza.

La presente Indennità viene corrisposta a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura, per ciascun giorno di totale incapacità fisica dello stesso ad attendere all'attività dichiarata nella Scheda di Polizza e fino al giorno di rimozione dell'Ingessatura, che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

RSM - Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborsa **fino a concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza per persona e per anno assicurativo e con l'applicazione di uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di euro 80,00**, le spese mediche sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche **(con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere)**
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato nella Scheda di Polizza, **con il massimo di euro 400,00**
- in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per:
 - rette di degenza
 - onorari dei medici curanti
 - medicinali
 - diritti di sala operatoria

Condizioni di assicurazione

- materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento **con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro**)
- trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa, **con il limite del 10% del massimale assicurato.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese non riconosciute dal precitato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciutogli.

RIT - Integrazione - Rischio in itinere

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il trasferimento da casa al luogo comune di ritrovo o di svolgimento delle attività riconducibili alla categoria indicata nella Scheda di polizza, e viceversa, **utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.**

Sono comunque esclusi i trasferimenti effettuati con ciclomotori e motocicli.

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

BF - Buona fede

A parziale deroga delle Condizioni di assicurazione, l'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante di rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione della presente Polizza o durante il corso della stessa, non pregiudicano il diritto all'Indennizzo, **sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute senza dolo o colpa grave.**

Il Contraente ha però l'obbligo di corrispondere all'Impresa il maggior Premio proporzionato al maggior rischio con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Q - Indennità integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il Contraente

Qualora l'infortunato, o, in caso di Morte, i Beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'Infortunio, l'Indennità dovuta ai sensi della presente Polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta Indennità, salvo diversa indicazione scritta del Contraente stesso all'Impresa, viene accantonata nella sua totalità per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti Beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'Indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

In caso contrario, fermo l'accantonamento delle Indennità dovute, l'Impresa, a norma della presente estensione, risponde delle maggiori somme che il Contraente responsabile dell'Infortunio fosse tenuto a pagare in eccedenza alle Indennità liquidate in base alla Polizza Infortuni e **fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di dette Indennità.**

Se con i Beneficiari o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per Infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'Assicurazione prestata con la presente estensione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei Beneficiari, **fermi sempre i limiti di cui al precedente capoverso.**

Nel caso di Infortunio che colpisca più Assicurati, **il maggior esborso a carico dell'Impresa per l'Assicurazione di cui alla presente estensione non potrà superare la somma complessiva di euro 2.000.000,00** a meno che non intervengano patti speciali.

La presente Assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a termini di Polizza di cui la presente estensione è parte integrante.

L'Assicurazione di cui alla presente estensione non vale per gli infortuni che colpiscano:

- parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi;
- amministratori o soci del Contraente, nel caso si tratti di una Società a responsabilità illimitata, e i loro parenti o affini con essi conviventi;
- persone soggette all'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

Se per un Infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione all'Impresa appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro Beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.

L'Impresa assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese ai sensi di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti e azioni a esso competenti.

Le disposizioni di cui alla presente estensione non sono applicabili alla garanzia relativa al rischio volo.

Si applicano alla presente Assicurazione, in quanto non diversamente disposto, le condizioni della Polizza di cui la presente estensione è parte integrante.

RIM - Rimpatrio della salma

L'Assicurazione comprende, per ogni Infortunio indennizzabile a termini di Polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.

La presente garanzia è prestata **fino a concorrenza della somma di euro 1.500,00.**

RIS - Rientro sanitario a seguito di infortunio

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborserà le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con mezzo sanitariamente attrezzato, alla Struttura sanitaria, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione, **fino a concorrenza di euro 1.000,00 per persona.**

In caso di Infortunio avvenuto all'estero, sono rimborsate anche le spese di trasporto dell'Assicurato, effettuato con qualsiasi mezzo pubblico di linea.

Condizioni di assicurazione

ELE - Esposizione agli elementi

L'Impresa, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto **non esclusi dalle 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 dei quali - per effetto della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (come, ad esempio, la perdita di orientamento) - l'Assicurato possa subire la morte o lesioni fisiche permanenti.

TER - Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dell'articolo "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato, è estesa agli infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

INF - Esonero denuncia infermità, mutilazioni, difetti fisici

A parziale deroga dell'articolo "Persone non assicurabili", il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di Infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente" della Sezione Condizioni relative alla garanzia infortuni.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, **il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato** alla sua naturale scadenza.

TP - Proroga del termine di pagamento del premio

A parziale deroga dell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, si conviene che il termine utile per il pagamento dei premi delle rate future si intende elevato al numero di giorni indicato nella Scheda di Polizza.

B1 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

CAT - Limite catastrofale

In caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, in conseguenza di un unico evento, **l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà superare l'importo di euro 6.000.000,00**, ad eccezione degli eventi di calamità naturali per i quali, se richiamata l'apposita condizione particolare Rischio calamità naturali, vale il limite in essa indicato.

Qualora le Indennità liquidabili ai sensi di Polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

DE - Danni estetici

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili**, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. **Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio, verranno riconosciute fino ad un massimo di euro 5.000,00.**

EG - Esonero denuncia delle generalità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento all'apposito registro tenuto dal Contraente stesso.

L'Assicurazione è valida per tutti i soggetti che risultino iscritti nel registro alla data di stipulazione della polizza, nonché per coloro che aderiscano successivamente alle attività riconducibili alla categoria indicata nella Scheda di Polizza.

Per questi ultimi l'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno di iscrizione nel registro. Per coloro che invece cessino di far parte agli Enti predetti, la copertura non sarà più operante dalle ore 24 del giorno della cancellazione dal registro.

E' essenziale - ai fini della validità della polizza - che il Contraente tenga quotidianamente aggiornato il sopracitato registro.

Condizioni di assicurazione

RP1 – Regolazione del premio

(Valida solo per il Rischio Centro ricreativo/ludoteca)

Il Premio relativo al presente contratto è anticipato in base al numero degli Assicurati.

Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nella Scheda di Polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio. Fermo il Premio minimo che in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del totale del Premio annuo anticipato, oltre le imposte.

Entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di Assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'Impresa i dati necessari relativi agli elementi variabili contrattualmente previsti, affinché l'Impresa stessa possa procedere alla regolazione del Premio definitivo.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte dell'Impresa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può concedergli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale in assenza di pagamento, l'Impresa ha facoltà di risolvere il presente contratto con preavviso di 15 giorni mediante lettera raccomandata. Resta fermo il diritto dell'Impresa di agire giudizialmente per il recupero del Premio non corrisposto.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi del 70% quanto preso come base per la determinazione del Premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 70% di quello dell'ultimo consuntivo.

L'Impresa ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, compreso l'accesso al registro di cui all'articolo "Esonero denuncia delle generalità".

RP2 – Regolazione del premio

(Valida per tutti i tipi di rischio assicurati ad eccezione del Rischio Centro ricreativo/ludoteca)

Il Premio relativo al presente contratto è anticipato in base al numero degli Assicurati.

Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nella Scheda di Polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio. Fermo il Premio minimo che in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del totale del Premio annuo anticipato, oltre le imposte.

Entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di Assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'Impresa i dati necessari relativi agli elementi variabili contrattualmente previsti, affinché l'Impresa stessa possa procedere alla regolazione del Premio definitivo.

In particolare, il Contraente **si impegna a comunicare il numero di Assicurati presenti in ciascuna settimana di rischio (convenzionalmente stabilita in 7 giorni anche in caso di durata inferiore).**

Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte dell'Impresa. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può concedergli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale in assenza di pagamento, l'Impresa ha facoltà di risolvere il presente contratto con preavviso di 15 giorni mediante lettera raccomandata. Resta fermo il diritto dell'Impresa di agire giudizialmente per il recupero del Premio non corrisposto.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi del 70% quanto preso come base per la determinazione del Premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 70% di quello dell'ultimo consuntivo.

L'Impresa ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, compreso l'accesso al registro di cui all'articolo "Esonero denuncia delle generalità".

MIP – Maggiorazione Invalidità permanente (66 = 100%)

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66%, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente pattuite.

Condizioni di assicurazione

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Tabella INAIL

Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

L'indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda tecnica di modulo, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	destro	d/s	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva		v. tab. relativa	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0%	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita:			
▪ del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
▪ dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
▪ di tutte le dita della mano	65%		55%
▪ del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
▪ totale del pollice	28%		23%
▪ totale dell'indice	15%		13%
▪ totale del medio		12%	
▪ totale dell'anulare		8%	
▪ totale del mignolo		12%	
▪ della falange ungueale del pollice	15%		12%
▪ della falange ungueale dell'indice	7%		6%
▪ della falange ungueale del medio		5%	
▪ della falange ungueale dell'anulare		3%	
▪ della falange ungueale del mignolo		5%	
▪ delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
▪ delle due ultime falangi del medio		8%	
▪ delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
▪ delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%

Segue

Condizioni di assicurazione

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	destro	d/s	sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

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

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

di 10/10, 9/10, 8/10	di 7/10	di 6/10	di 5/10	di 4/10	di 3/10	inferiore a 3/10
15%	18%	21%	24%	28%	32%	35%

- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.