Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A. **Prodotto: "Universo Persona"**

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 prestazioni contro il rischio infortuni ed una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.

Che cosa è assicurato?

- ✓ Invalidità permanente da infortunio: riconosce un indennizzo per Invalidità permanente derivante da infortunio, calcolato sulla somma assicurata in base al grado percentuale di invalidità accertato;
- ✓ Indennità aggiuntiva quale contributo per il danno alla vita di relazione: riconosce un ulteriore importo per il caso di Invalidità permanente da infortunio;
- ✓ Danni estetici: rimborsa spese sanitarie sostenute per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva in caso di infortunio che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico;
- ✓ Assistenza: garantisce servizi di assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.

Il prodotto offre ulteriori garanzie indicate nel DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?/Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo".
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 e tossicodipendenza
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- ✗ epilessia
- ✗ psicosi e disturbi gravi della personalità

Garanzia Assistenza: servizio pubblico di pronto intervento.

Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.

Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le seguenti prestazioni:

- ✓ Inabilità temporanea: vale limitatamente agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo, mentre per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione vale limitatamente ai giorni di eventuale ricovero ospedaliero documentato.
- ✓ Assegno integrativo per piccole spese: vale limitatamente agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.
- ✓ Assistenza: vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le prestazioni organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate, invio di un medico, invio di un medico in viaggio e le prestazioni della Temporary Inability Care che valgono in Italia, Repubblica di San Marino e 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 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 alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni.

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione della polizza.
Puoi chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile con una maggiorazione del premio rispettivamente del 3%, 4%, 5% e 5,6%. In tal caso le rate vanno pagate 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".

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Allianz S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi verranno comunicati ad Allianz S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.
Il premio è comprensivo delle imposte.

E' ammessa l'eventuale detraibilità fiscale del premio, ai sensi della normativa vigente, con le modalità e per le **garanzie seguenti**:

- **Garanzia Morte da infortunio,** si detrae il 100% del premio Totale annuo;
- **Garanzia Rendita vitalizia da infortunio,** si detrae il 100% del premio Totale annuo;
- **Garanzia Invalidità permanente da infortunio:**
  - **a)** con franchigia pari o superiore al 5%, si detrae il 100% del premio Totale annuo;
  - **b)** con franchigia del 3% assorbibile, vale la regola che segue:
    1. se il capitale assicurato è pari od inferiore ad euro 260.000, si detrae il 94% del premio Totale annuo;
    2. se il capitale assicurato è superiore ad euro 260.000, la percentuale detraibile del premio Totale annuo si determina applicando la seguente formula:
       % premio detraibile=[260.000*94%+(cap. ass.to –260.000)*100%]/cap ass.to

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del 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 dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

Nel contratto di durata annuale o poliennale puoi disdettare alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso per poliennalità

Nel caso in cui il contratto di durata poliennale abbia beneficiato della riduzione del premio di tariffa, e sia prevista una durata contrattuale inferiore o uguale a 5 anni, non puoi recedere prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza; qualora, invece, sia prevista una durata contrattuale superiore ai 5 anni, puoi recedere a partire dalla fine del quinquennio con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Nel caso in cui il contratto di durata poliennale non abbia beneficiato della riduzione del premio di tariffa, 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: se rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Articolo 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, hai diritto di recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

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)

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Universo Persona"

20/07/2019 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

L'impresa di assicurazione è **Allianz S.p.A.,** società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco (Germania)
- Sede legale: Largo Ugo Irneri, 1, 34123 Trieste (Italia);
- Recapito telefonico: 800.68.68.68;
- Sito Internet: www.allianz.it;
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it;
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n. 018.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2018 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.174 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.279 milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.577.603;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.159.922;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 4.879.712;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 4.867.921;

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 189%.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Garanzie Infortuni	Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento sia delle attività professionali principali e secondarie indicate nella Scheda di Polizza sia di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche di Attività professionale. Sono compresi gli infortuni subiti: 1. in qualità di passeggero di viaggio aereo; 2. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza; 3. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; 4. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario**; 5. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici

	stranieri, ostilità e azioni belliche, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e **semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario;** 6. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge. La garanzia è estesa anche ai seguenti casi: 7. asfissia non di origine morbosa; 8. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria; 9. avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; 10. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi; 11. annegamento; 12. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato; 13. ernia addominale da sforzo **esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio**; 14. folgorazione, colpo di sole o di calore; 15. assideramento o congelamento.
Garanzia Invalidità permanente da infortunio	L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio **purché si manifesti** - anche successivamente alla scadenza indicata nella Scheda di 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. **Indennità aggiuntiva quale contributo per il danno alla vita di relazione** In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che comporti una Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 15% della totale, l'Impresa riconosce all'Assicurato, in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio, un importo pari al 10% della somma indennizzata per il caso di Invalidità permanente da Infortunio. **Danni estetici** In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, l'Impresa rimborsa all'Assicurato **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti** contrattualmente **rimborsabili**, sostenute per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. Tali spese vengono riconosciute **solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio**.
Garanzia Assistenza (sempre presente)	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione, trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, traduzione della documentazione medica, servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24, consulenza telefonica su viaggi e medicina, organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate, invio di un medico, invio di un medico in viaggio, collegamento continuo con il centro ospedaliero, interprete a disposizione all'estero, invio medicinali all'estero, anticipo denaro per spese mediche all'estero, familiare accanto, rientro al domicilio o rimpatrio sanitario, rientro / rimpatrio figli minori, trasferimento/rimpatrio della salma; Temporary Inability Care (le garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o grave Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche" , qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni)**: disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche, controllo a distanza delle condizioni di salute, controllo a distanza di parametri medici, invio di un infermiere al domicilio, esami del sangue a domicilio,

	consegna esiti a domicilio, consegna medicinali a domicilio, ascolto e supporto psicologico, disbrigo pagamento utenze domiciliari, disbrigo faccende domestiche, ricovero auto. **Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione:** Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Riduzione del premio per contratto poliennale	In caso di durata poliennale, il contratto ti offre la possibilità di usufruire di una riduzione del premio di tariffa indicata nella Scheda di Polizza, a fronte della quale non ti è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza contrattuale, salvo che il contratto abbia durata superiore a 5 anni (in tal caso puoi recedere a partire dalla fine del quinquennio con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità).
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO La concedibilità delle opzioni sotto indicate potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa	
Garanzia aggiuntiva Morte da infortunio	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 indicata nella Scheda di Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati la somma assicurata per il caso di Morte. **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. 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. **Commorienza genitori** Se in seguito ad Infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori, anche se uno solo è assicurato con la Polizza, l'Indennità per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se Beneficiari in base al contratto, viene aumentata del 100%. Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap, ancorché maggiorenni. **Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro** A seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Morte da infortunio maggiorata del 20%.
Garanzia aggiuntiva Inabilità temporanea	Se l'Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, ha come conseguenza un'Inabilità temporanea, l'Impresa corrisponde la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza: a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate; b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Garanzia aggiuntiva Indennità giornaliera per ricovero	In caso di Ricovero o Day Surgery 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. **Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico** agli

	effetti della liquidazione. L'Indennità di cui sopra è cumulabile con quella prevista per l'Inabilità temporanea, se prestata per l'Assicurato. **L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata**. **Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi** Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera per Ricovero maggiorata del 50%. **Tale maggiorazione non verrà riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al Ricovero**.
Garanzia aggiuntiva Indennità giornaliera per convalescenza (acquistabile solo se presente la garanzia Indennità giornaliera per ricovero)	In caso di Ricovero **superiore a 2 giorni completi** o in caso di Day Surgery, indennizzabili a termini di Polizza, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari a quello dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per un numero di giorni pari al doppio dei giorni di degenza ospedaliera. L'Indennità di cui sopra è cumulabile con quella prevista per l'Inabilità temporanea, se prestata per l'Assicurato. **L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato per la presente garanzia al momento della liquidazione dell'Indennità per Ricovero.**
Garanzia aggiuntiva Indennità giornaliera per ingessatura (acquistabile solo se presente la garanzia Indennità giornaliera per ricovero e Indennità giornaliera per convalescenza)	In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico. Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo. **Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera**. **L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.** **L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata**.
Garanzia aggiuntiva Rimborso spese mediche	L'Impresa rimborsa all'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, le spese mediche sostenute per: ▪ accertamenti diagnostici ▪ prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere**) ▪ trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione ▪ in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, 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**). **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.**
Garanzia aggiuntiva Assegno integrativo per piccole spese	Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a svolgere parzialmente o totalmente l'Attività professionale principale e secondaria dichiarata, l'Impresa corrisponde – a titolo di rimborso per piccole spese – l'importo giornaliero indicato nella Scheda di Polizza, a decorrere dall'ottavo giorno da quello dell'Infortunio.
Garanzia aggiuntiva Rendita vitalizia da infortunio	Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 60% della totale, l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo

	dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio, riconosce all'Assicurato in vita una Rendita vitalizia immediata rivalutabile pari all'importo iniziale indicato nella Scheda di Polizza, erogabile in rate posticipate mensili. **La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante emissione da parte dell'Impresa di una polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.** La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante. Qualora, al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un'età inferiore a 40 anni compiuti, **in sostituzione della rendita**, l'Impresa corrisponde all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda di Polizza, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio. Qualora, invece, al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un'età pari o superiore a 60 anni compiuti, in aggiunta alla rendita, l'Impresa corrisponde all'Assicurato il capitale aggiuntivo indicato nella Scheda di Polizza, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio.
Condizione particolare SVA – Supervalutazione delle invalidità permanenti delle dita degli arti superiori	In caso di Infortunio che dovesse comportare la perdita anatomica o funzionale, purché totale, delle parti degli arti superiori qui di seguito elencate, l'Impresa liquida l'Invalidità permanente secondo le seguenti percentuali: ▪ per la perdita del pollice 80% ▪ per la perdita della falange ungueale del pollice 40% ▪ per la perdita dell'indice 80% ▪ per la perdita della falange ungueale dell'indice 30% ▪ per la perdita del mignolo 40% ▪ per la perdita della falange ungueale del mignolo 15% ▪ per la perdita del medio o dell'anulare 20% ▪ per la perdita della falange del medio o dell'anulare 5% La presente condizione particolare opera sul capitale assicurato per Invalidità permanente indicato nella Scheda di Polizza, **ma fino ad un massimo di euro 260.000,00**. Sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 260.000,00 viene ripristinato il criterio di calcolo dell'Indennizzo previsto dalla garanzia base Invalidità permanente da infortunio. In caso di Infortunio che comporti anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non contemplati dalla tabella sopra riportata, l'Indennizzo, solo per questi ultimi, viene stabilito in base a quanto previsto dalla garanzia base Invalidità permanente da infortunio. **In ogni caso la somma degli indennizzi non potrà mai superare la percentuale massima di Invalidità permanente da liquidare prevista dalla Franchigia indicata in Scheda di Polizza per l'Assicurato.**
Condizione particolare SSP – Sovrarischi sportivi	L'Assicurazione si intende estesa, **con esclusione delle garanzie di Inabilità temporanea, Rimborso spese mediche e Assegno integrativo per piccole spese,** agli infortuni che si verifichino in occasione della pratica delle seguenti attività sportive, **sempreché non esercitate professionalmente o che comunque non comportino Remunerazione sia diretta che indiretta**: ▪ atletica pesante; ▪ lotta nelle sue varie forme; ▪ arti marziali; ▪ sollevamento pesi; ▪ alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA; ▪ speleologia; ▪ rugby; ▪ football americano; ▪ hockey; ▪ sci/snowboard alpinismo. Limitatamente al caso di Invalidità permanente, in deroga alla franchigia indicata nella Scheda di Polizza, qualora l'Infortunio derivi dallo svolgimento di una delle attività sportive sopra indicate, sulla somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza fino a euro 260.000,00 **l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'invalidità permanente**

	accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 5%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale. Sull'eventuale parte di somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza superiore a euro 260.000,00 **l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale.
Condizione particolare CAT – Rischio calamità naturali	L'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte da Infortunio e di Invalidità permanente da Infortunio, semprechè 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 per le garanzie sopra indicate non può superare complessivamente la somma di euro 100.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato sono ridotti in proporzione.**

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	
Garanzie Infortuni	
Esclusioni	**L'Assicurazione non vale** per gli infortuni causati da: a) guida di veicoli o natanti a motore se non abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo; b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura; c) guida o uso come passeggero di: c1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; c2) aeromobili di aeroclubs; c3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo; d) pratica di sport aerei in genere; e) pratica dei seguenti sport: e1) arti marziali, atletica pesante, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idroscì, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo; e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf, bobsleigh (motoslitta); f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta; g) ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati; i) guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di

	residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; j) 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; k) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche; l) 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: m) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio; n) infarto da qualsiasi causa determinato; o) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza). p) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo **esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio.** Con riferimento ai casi di avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **si intendono escluse** le infezioni malariche.
Garanzia Assistenza	
Esclusioni	È escluso dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da: a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; b) scioperi, sommosse, tumulti popolari; c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale; e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione

	maggiore in fase acuta; o) suicidio o tentativo di suicidio; p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; q) quarantene. Sono, inoltre, escluse le prestazioni in dipendenza di: r) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; s) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; t) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni; u) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; v) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere; w) espianto/trapianto di organi. Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Garanzie Infortuni	
Invalidità permanente da infortunio	Franchigia
▪ Ernia addominale da sforzo non operabile	Limite di indennizzo
▪ Indennità aggiuntiva quale contributo per il danno alla vita di relazione	Limite di indennizzo
▪ Danni estetici	Limite di indennizzo
Inabilità temporanea	Limite di indennizzo Franchigia
Indennità giornaliera per ricovero	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera per convalescenza	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera per ingessatura	Limite di indennizzo
▪ Frattura ossea o lesione capsulo legamentosa senza applicazione di ingessatura	Limite di indennizzo
Rimborso spese mediche	Franchigia
▪ Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Limite di indennizzo
Assegno integrativo per piccole spese	Franchigia
Rendita vitalizia da infortunio	Franchigia
Garanzia Assistenza	
▪ Interprete a disposizione all'estero ▪ Anticipo denaro per spese mediche all'estero ▪ Familiare accanto ▪ Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche ▪ Invio di un infermiere al domicilio ▪ Disbrigo faccende domestiche ▪ Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita ▪ Protezione abitazione	Limite di indennizzo
Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia	
Franchigia presente in polizza 3% assorbibile con supervalutazione ▪ Capitale assicurato = 100.000 euro	

- Invalidità permanente da infortunio accertata = 7%
- Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 3% assorbibile" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 7% si liquida il 4% del capitale assicurato)
- Invalidità permanente da infortunio indennizzata = il 4% di 100.000 euro = 4.000 euro.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro Garanzie Infortuni

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.

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 trasmessi all'Impresa. Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore;
- 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**, fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Assistenza diretta / in convenzione

Garanzia Assistenza

Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Gestione da parte di altre imprese

Garanzia Assistenza

Il Contraente o l'Assicurato può richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **contattando telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero)
- telefax +39 02 70 630 091

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, **dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a**:

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP Service Italia S.c.a.r.l.
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi)

	Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate. **Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:** ▪ farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo; ▪ comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.
	Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in **2 anni.**
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa all'attività professionale dichiarata), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
	Attività professionale L'eventuale cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza, che si verifichi nel corso del contratto, deve essere tempestivamente comunicata per iscritto.
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quando e come devo pagare?

Premio	Nel contratto puoi convenire che alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo siano automaticamente adeguati in una percentuale fissa del 2,5%; qualora l'indice ISTAT fosse superiore a tale percentuale, verrà preso a riferimento l'indice ISTAT. L'adeguamento/rivalutazione non è operante per la Sezione Assistenza. Inoltre il Premio indicato nella Scheda di Polizza viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato.
Rimborso	**Recesso in caso di sinistro** Nei casi in cui sia consentito il recesso per sinistro, l'Impresa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio relativa al periodo assicurativo non trascorso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari in caso di infortunio in tutti gli ambiti della vita lavorativa e privata.
La possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore agli 80 anni potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa.
L'assicurazione di persone che svolgono attività professionali pericolose è subordinata a valutazione da parte dell'Impresa.

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?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • **con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano;** • tramite il sito internet della Compagnia – **www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami;** • all'indirizzo Pec - **allianz.spa@pec.allianz.it** L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi **all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida". I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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.

Lite transfrontaliera	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Assicurazione infortuni

Universo Persona

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 295 - 01/01/2019

Allianz S.p.A. - Sede Legale Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n.05032630963 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi
n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz

Allianz

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

NOW Allianz

AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

Scarica gratuitamente la nuova App dei clienti Allianz per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno. Basta solo il tuo **codice fiscale** e il numero della tua polizza

Scarica l'App

SERVCL35 - 111

Allianz S.p.A. - Sede Legale L.go Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi assic.n.018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Glossario

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione: il contratto di Assicurazione.
Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.
Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.
Centrale Operativa: la struttura organizzativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento ISVAP nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).
Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Impresa: Allianz S.p.A.
Inabilità temporanea: temporanea incapacità, totale o parziale, ad attendere alle attività professionali dichiarate nella Scheda di Polizza per un periodo di tempo limitato.
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.
Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Lesione capsulo-legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni.
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 conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.
Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.
Scoperto: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
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).

Allianz S.p.A. - Sede Legale L.go Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi assic.n.018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

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 5

- GARANZIA BASE 6
- GARANZIE AGGIUNTIVE 9

3. OPERATIVITA' 12

4. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA 13

5. IN CASO DI SINISTRO 20

- INFORTUNI 20
- ASSISTENZA 21

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA 22

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO 23

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE 25

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI 28

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA - VITARIV Allegato

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.1a - 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.

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento mensile con SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1.1b - 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, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati mediante addebito periodico - procedura SDD (**Sepa Direct Debit**) - sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca e sono dovuti per l'intera annualità.
Nel caso di modifica nel corso dell'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente **è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa**, fornendo gli estremi identificativi del nuovo rapporto di conto corrente e sottoscrivendo una nuova delega SDD.
Se il Contraente non paga una singola rata di Premio, l'importo di tale rata verrà riaddebitato con la rata immediatamente successiva e l'Assicurazione non viene sospesa.
In caso di mancato pagamento di due rate consecutive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda rata.
L'Assicurazione produce nuovamente i suoi effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento in una unica soluzione di tutte le rate di Premio scadute e non pagate, nonché del pagamento del Premio residuo a completamento dell'annualità. Tale pagamento dovrà essere effettuato direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.
Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.
In caso di chiusura durante l'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa.
In caso di mancato rispetto di tale obbligo di comunicazione, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva.
In questa ipotesi Il Contraente è tenuto - direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza - al pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate residue di Premio, a completamento dell'annualità. Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento diverso da mensile)

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

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.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento mensile con SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

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.
In caso di invio di lettera di disdetta da una delle parti, l'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito periodico sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se NON è stata applicata una riduzione al Premio di tariffa)

Art. 1.2c - Durata e proroga dell'assicurazione

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 Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Condizioni di assicurazione

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se è stata applicata una riduzione al Premio di tariffa)

Art. 1.2d - Durata e proroga dell'assicurazione

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.
Il presente contratto beneficia della riduzione di Premio per poliennalità di cui all'articolo "Riduzione di Premio per durata poliennale".
Nel caso in cui nella Scheda di Polizza sia richiamata la condizione particolare di polizza "Adeguamento automatico annuale" la suddetta riduzione potrebbe variare per effetto dell'adeguamento del premio.
Qualora l'Assicurazione abbia durata inferiore o uguale ai cinque anni, all'Assicurato non è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza.
Qualora, invece, l'Assicurazione abbia durata superiore ai cinque anni, il solo Assicurato può recedere dal contratto a partire dalla fine del quinquennio, 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 e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato 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.

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.5a - Recesso in caso di sinistro

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.
La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.
In tutti i casi 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.

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento mensile con SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1.5b - Recesso in caso di sinistro

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.
La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.
Il recesso avrà effetto alla scadenza della prima rata di Premio successiva al termine dei 30 giorni di preavviso di cui alla suddetta comunicazione di recesso.
L'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito di tale rata - e di quelle successive - sul rapporto di conto corrente, mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.
Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretati 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 all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, 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. 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, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 1.10 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se è stata applicata una riduzione al premio di tariffa)
Art. 1.11 - Riduzione di premio per durata poliennale
Il presente contratto ha durata poliennale ed il relativo Premio, annualmente dovuto dall'Assicurato, è stato determinato, secondo quanto previsto dall'art. 1899 codice civile, in misura ridotta, indicata in Scheda di Polizza, rispetto al Premio dovuto per questo stesso tipo di Polizza ma di durata annuale.

(Valido solo in caso di applicazione di uno sconto commerciale a cura dell'intermediario)
Art. 1.12 - Recupero sconto commerciale
Il Premio del presente contratto ha beneficiato dello sconto commerciale, indicato nella Scheda di Polizza, per iniziativa dell'intermediario col quale è stato stipulato il contratto stesso.
Detto sconto verrà ridotto nella misura indicata nella Scheda di Polizza alla scadenza di ogni annualità, sino al suo eventuale azzeramento.

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 sia delle attività professionali principali e secondarie indicate nella Scheda di Polizza sia di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.
Sono compresi gli infortuni subiti:
1. in qualità di passeggero di viaggio aereo, **salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettere c) e d), della presente Sezione**;
2. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
3. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
4. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario**;
5. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e **semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purché non vi abbia partecipato in modo volontario. E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera j), della presente Sezione**;
6. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:
7. asfissia non di origine morbosa;
8. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
9. avvelenamento del sangue o infezione purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;
10. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **escluse le infezioni malariche**;
11. annegamento;
12. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo, di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato **salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera o), della presente Sezione**;
13. ernia addominale da sforzo **esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio**;
14. folgorazione, colpo di sole o di calore;
15. assideramento o congelamento.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da:

a) guida di veicoli o natanti a motore se non abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
c) guida o uso come passeggero di:
   c1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
   c2) aeromobili di aeroclubs;
   c3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
d) pratica di sport aerei in genere;
e) pratica dei seguenti sport:
   e1) arti marziali, atletica pesante, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idroscì, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo;
   e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf, bobsleigh (motoslitta);
f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;
g) ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati;
i) guerra di qualsiasi natura, dichiarata o 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 "Oggetto dell'assicurazione", punto 5. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
j) 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;
k) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
l) 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:

m) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
n) infarto da qualsiasi causa determinato;
o) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza).
p) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo come previsto all'articolo **"Oggetto dell'assicurazione" punto 13.**

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

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

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- 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.

GARANZIA BASE

Art. 2.4 - Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio **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 da infortunio" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio".

Condizioni di assicurazione

Art. 2.5 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente" contrattualmente operante 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) i postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia;
i) **nei casi di Invalidità permanente non specificati** nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente" contrattualmente operante, **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**.

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 dalle 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.

Art. 2.6 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio

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

Franchigia del 3% assorbibile con supervalutazione
Sul capitale assicurato fino a euro 260.000,00:

- 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 compreso tra il 4% e il 12% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	4	5	6	7	8	9	10	11	12
% I.P. da liquidare	1	2	3	4	5	6	7	9	11

- per le invalidità permanenti accertate di grado compreso tra il 13% e il 20% l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, mentre per quelle di grado compreso tra il 21% e il 54% l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
% I.P. da liquidare	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60

% I.P. accertata	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
% I.P. da liquidare	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88

- per l'Invalidità permanente accertata di grado compreso tra il 55% e il 59% della totale, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.
- per l'Invalidità permanente accertata di grado superiore al 59% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

Condizioni di assicurazione

% I.P. accertata	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
% I.P. da liquidare	110	113	116	119	122	125	128	131	134	137	140	145	150

% I.P. accertata	73	74	75	76	77	78	79	80	≧ 81
% I.P. da liquidare	155	160	165	175	180	190	200	210	225

Sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 260.000,00:

- l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado compreso tra il 6% e il 12%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	6	7	8	9	10	11	12
% I.P. da liquidare	1	2	3	4	5	9	11

- per le invalidità permanenti accertate di grado compreso tra il 13% e il 20% l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, mentre per quelle di grado compreso tra il 21% e il 48% l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
% I.P. da liquidare	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	63	66	69	72	75

% I.P. accertata	41	42	43	44	45	46	47	48
% I.P. da liquidare	78	81	84	87	90	93	96	99

- per l'Invalidità permanente accertata di grado compreso tra il 49% e il 59% della totale, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.
- per l'Invalidità permanente accertata di grado superiore al 59% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sul-la somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
% I.P. da liquidare	110	113	116	119	122	125	128	131	134	137	140	145	150

% I.P. accertata	73	74	75	76	77	78	79	80	≧ 81
% I.P. da liquidare	155	160	165	175	180	190	200	210	225

Franchigia del 5% assorbibile

- sul capitale assicurato fino a euro 260.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado compreso tra il 6% e il 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	6	7	8	9	10
% I.P. da liquidare	1	3	5	7	10

- Sul capitale assicurato fino a euro 260.000,00 per le invalidità permanenti accertate di grado compreso tra l'11% e il 40% l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, mentre per quelle di grado superiore al 40% l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	≧60
% I.P. da liquidare	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100

- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 260.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; per le invalidità permanenti accertate di grado compreso tra l'11% e il 40% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite; se invece essa risulterà di grado superiore al 40%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

Condizioni di assicurazione

% I.P. accertata	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	≧60
% I.P. da liquidare	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100

Franchigia assoluta del 5%
L'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; per le invalidità permanenti accertate di grado compreso tra il 6% e il 50% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente tale limite; se invece essa risulta di grado superiore al 50%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	51	52	53	54	55	56	57	58	59	≧60
% I.P. da liquidare	50	55	60	65	70	76	82	88	94	100

Franchigia assoluta del 10%
L'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; per le invalidità permanenti accertate di grado compreso tra l'11% e il 50% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente tale limite; se invece essa risulta di grado superiore al 50%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	51	52	53	54	55	56	57	58	59	≧60
% I.P. da liquidare	46	52	58	64	70	76	82	88	94	100

Franchigia del 60%
L'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 60% della totale**; nel caso in cui essa risulta uguale o superiore al 60%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata nella misura del 100%.

Art. 2.7 - Altre prestazioni comprese nella garanzia base

Art. 2.7.1 - Indennità aggiuntiva quale contributo per il danno alla vita di relazione
(Garanzia non operante se è stata scelta la Franchigia del 60%)
In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che comporti una Invalidità permanente accertata secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'indennità di Invalidità permanente" contrattualmente operante e secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" di grado pari o superiore al 15% della totale, l'Impresa riconosce all'Assicurato, in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio, un importo pari al 10% della somma indennizzata a termini di Polizza per il caso di Invalidità permanente da Infortunio, **fino a un massimo di euro 10.000,00**.

Art. 2.7.2 - Danni estetici
(Garanzia non operante se è stata scelta la Franchigia del 60%)
In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, l'Impresa rimborsa all'Assicurato **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti** contrattualmente **rimborsabili**, sostenute per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. Tali spese, **solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio**, vengono riconosciute fino ad un importo pari al 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente, **con il massimo di euro 6.000,00**.

GARANZIE AGGIUNTIVE
(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.8 - Morte da infortunio
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 la somma assicurata per il caso di Morte come indicato nella Scheda di Polizza.

Condizioni di assicurazione

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. 2.8.1 - Commorienza genitori

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte da infortunio)
Se in seguito ad Infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori, anche se uno solo è assicurato con la presente Polizza, l'Indennità per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se Beneficiari in base al presente contratto, viene aumentata del 100%, **con il limite, per ogni persona deceduta, di euro 250.000,00**.
Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap, ancorché maggiorenni (intendendosi per tali le persone invalide nella misura pari o superiore al 75%).

Art. 2.8.2 - Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte da infortunio)
A seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Morte da Infortunio maggiorata del 20%.

Art. 2.9 - Inabilità temporanea

Se l'Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, ha come conseguenza un'Inabilità temporanea, l'Impresa corrisponde, **per un massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**, la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza:

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

Art. 2.9.1 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Inabilità temporanea

L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta con applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda di Polizza a partire dal giorno dell'Infortunio.

Art. 2.10 - Indennità giornaliera per ricovero

In caso di Ricovero o Day Surgery 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 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.
L'Indennità di cui sopra è cumulabile con quella prevista per l'Inabilità temporanea, se prestata per l'Assicurato.
L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 2.10.1 - Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.
Tale maggiorazione non verrà riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al Ricovero che, se spettante, viene liquidata come disciplinato all'articolo "Indennità giornaliera per convalescenza".

Art. 2.11 - Indennità giornaliera per convalescenza

In caso di Ricovero **superiore a 2 giorni completi**, o in caso di Day Surgery, indennizzabili a termini di Polizza, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari a quello dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per un numero di giorni pari al doppio dei giorni di degenza ospedaliera **con il limite massimo di 90 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
L'Indennità di cui sopra è cumulabile con quella prevista per l'Inabilità temporanea, se prestata per l'Assicurato.
L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato per la presente garanzia al momento della liquidazione dell'Indennità per Ricovero.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.12 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.

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

Art. 2.13 - Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborsa all'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, le spese mediche sostenute per:

- accertamenti diagnostici
- prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere**);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato nella Scheda di Polizza;
- in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, 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**).

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.

Il rimborso è riconosciuto **fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nella Scheda di Polizza e previa deduzione di una franchigia di euro 100,00 per Sinistro**.

Art. 2.14 - Assegno integrativo per piccole spese

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a svolgere parzialmente o totalmente l'Attività professionale principale e secondaria dichiarata, l'Impresa corrisponde - a titolo di rimborso per piccole spese - l'importo giornaliero indicato nella Scheda di Polizza, a decorrere dall'ottavo giorno da quello dell'Infortunio, **con il massimo di 10 giorni per Sinistro e di 30 giorni per anno assicurativo**.

Art. 2.15 - Rendita vitalizia da infortunio

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 60% della totale - valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" - l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio, riconosce all'Assicurato in vita una Rendita vitalizia immediata rivalutabile pari all'importo iniziale indicato nella Scheda di Polizza, erogabile in rate posticipate mensili.

La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante emissione da parte dell'Impresa di una polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

Qualora, al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un'età inferiore a 40 anni compiuti, **in sostituzione della rendita,** l'Impresa corrisponde all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda di Polizza, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio.

Qualora, invece, al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un'età pari o superiore a 60 anni compiuti, in aggiunta alla rendita, l'Impresa corrisponde all'Assicurato il capitale aggiuntivo indicato nella Scheda di Polizza, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.15.1 - Rivalutazione della rendita vitalizia

La rivalutazione della Rendita vitalizia avviene sulla base del rendimento conseguito dalla gestione separata di attivi denominata VITARIV. L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati nel relativo Regolamento allegato in calce alle presenti condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

Il rendimento annuo da attribuire agli assicurati (rendimento attribuito) è ottenuto diminuendo il rendimento conseguito dalla gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, determinato al momento della corresponsione della rendita.
La rendita assicurata viene rivalutata, ad ogni ricorrenza annua, in base ad un tasso definito "misura annua di rivalutazione". La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50% (vale a dire dividendo per 1,005), la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita assicurata iniziale.
La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e resta definitivamente acquisita (consolidamento annuale).

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, **fatta eccezione per le garanzie Inabilità temporanea e Assegno integrativo per piccole spese, la cui copertura è limitata agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.**
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. 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.

Art. 3.3 - Cambiamento delle attività professionali assicurate

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza che si verifichi nel corso del contratto.
Se il cambiamento dell'Attività professionale:

- non implica aggravamento di rischio, l'Assicurazione per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;
- **implica aggravamento di rischio, l'Impresa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dal contratto, ai sensi dell'art. 1898 codice civile**.

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa del cambiamento nel corso del contratto delle attività professionali dichiarate, **in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività**:

- l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- **l'Indennizzo viene corrisposto nella ridotta misura** indicata nella tabella delle percentuali di Indennizzo che segue, **se la diversa attività aggrava il rischio**:

		Attività dichiarate			
	Classe	**1**	**2**	**3**	**4**
Attività svolte al momento del Sinistro	**1**	100%	100%	100%	100%
	2	70%	100%	100%	100%
	3	50%	75%	100%	100%
	4	30%	60%	80%	100%

- **nessun Indennizzo viene corrisposto se la diversa attività rientra tra le seguenti**:
  - Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose;
  - Attività circense;
  - Attività dello spettacolo, cinema / teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili;
  - Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva;
  - Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia);
  - Fantino / Driver (trotto);
  - Guardia del corpo / Buttafuori;
  - Guida alpina;
  - Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci-Snowboard acrobatico / Sci-Snowboard alpinismo / Slittino / Volo;
  - Istruttore di corsi di sopravvivenza;
  - Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista;

- Speleologo;
- Sportivi professionisti / semiprofessionisti.

Per determinare il livello di rischio dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si fa riferimento alla "Classificazione delle attività professionali". In caso di Attività professionale eventualmente non specificata in tale classificazione, si utilizzano criteri di equivalenza e/o analogia a una delle attività elencate.

Art. 3.4 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda di Polizza - con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, come riportato nella Scheda di Polizza alla "Tabella premi imponibili annui".
Qualora sia prevista nella Scheda di Polizza la Condizione particolare AU - Adeguamento automatico annuale, i premi riportati nella tabella sopra indicata si adegueranno in base alle regole indicate nella suddetta Condizione particolare.

4. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

Art. 4.1 - Garanzie prestate

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.
AVVERTENZE: Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.
Nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa (per i dettagli si rinvia alla sezione "In caso di Sinistro - Assistenza")

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante**. In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.
Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.
L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale.

Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione' prevista al precedente paragrafo, risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (inglese, francese, tedesco, spagnolo) richiesta dai medici del Centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa.
Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Condizioni di assicurazione

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. **Il servizio** è gratuito, **non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.
Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.
Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.
Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.
La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa metterà a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito **e non fornisce diagnosi o prescrizioni**.

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, **su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.
Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.
Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati. Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza, il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.
Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di Malattia o Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessiti di una visita medica, la Centrale Operativa provvede, a inviargli un proprio medico convenzionato.
Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.
Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunicherà ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Condizioni di assicurazione

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.
Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa si assumerà i relativi costi **fino ad un massimo di otto ore lavorative per evento**.

Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessiti di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irreperibili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa, **mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi**.

Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessiti di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad Infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di euro 1.000,00 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.**

Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**
Nel caso in cui il Ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.**

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica;
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella;
- ambulanza;
- treno (se necessario in vagone letto);
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo**.

Rientro / Rimpatrio figli minori

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore mettendo a disposizione di un parente o di altra persona designata dall'Assicurato, residente in Italia, un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto tenendone a carico i relativi costi. In alternativa, la Centrale Operativa provvederà a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

Condizioni di assicurazione

Trasferimento / Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

Temporary Inability Care

Validità territoriale: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o grave Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni**.
La Centrale Operativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione, secondo le indicazioni riportate nella prognosi.
La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno esser richieste più di una volta per anno assicurativo.
Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

- Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche
  L'Assicurato che necessiti di presidi ortopedici (a titolo esemplificativo: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito), prescritti dal medico curante, può richiederli alla Centrale Operativa che li metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i presidi, o nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le relative spese **sino a un massimo di euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.

- Controllo a distanza delle condizioni di salute
  La Centrale Operativa telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

- Controllo a distanza di parametri medici
  La Centrale Operativa, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendessero necessario, metterà temporaneamente a sua disposizione in comodato d'uso delle apparecchiature elettromedicali idonee al monitoraggio telefonico a distanza dei seguenti parametri vitali: battito e frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione ossigeno e peso corporeo. La Centrale Operativa sorveglierà l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al caso attraverso la ricezione telefonica ed il controllo medico dei parametri vitali oggetto del monitoraggio stesso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di monitoraggio, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

- Invio di un infermiere al domicilio
  Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi**.

Condizioni di assicurazione

- Esami del sangue a domicilio
  L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato.
  Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti**.

- Consegna esiti a domicilio
  Quando l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa.
  I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

- Consegna medicinali a domicilio
  Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali**.

- Ascolto e supporto psicologico
  La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di Inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato**.

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

- Disbrigo faccende domestiche
  Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.

- Ricovero auto
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al Ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo**.

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione.

Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita
La Centrale Operativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, al reperimento ed al suo Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio, dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. La Centrale Operativa terrà a proprio carico la relativa spesa per la retta di degenza **fino ad un massimo giornaliero pari a euro 150,00**.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile fornire direttamente il servizio, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **con il limite di euro 160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.

Condizioni di assicurazione

In concomitanza con il periodo di Ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, saranno a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni che verranno organizzate ed erogate della Centrale Operativa in accordo con l'Assicurato stesso, in base alle effettive difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza dell'Assicurato da casa:

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

- Disbrigo faccende domestiche
  La Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di Ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi **costi fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi**, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale. **Su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà, inoltre, ad organizzare il Ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato**.

- Protezione abitazione
  La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato - ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. **L'erogazione del servizio potrà avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di euro 250,00 oppure di euro 280,00 qualora non fosse in grado di erogare direttamente il servizio.** Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato**.

- Ricovero auto
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al Ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati della Centrale Operativa potrà avvenire solo in presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo**.

Art. 4.2 - Raddoppio massimali

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta.

Art. 4.3 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della polizza, al momento della richiesta di attivazione di assistenza risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.

L'elenco di tali paesi è disponibile anche sul sito www.allianz-global-assistance.it/corporate/Prodotti/avvertenze/.

Art. 4.4 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie Assistenza

E' escluso dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;

e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
o) suicidio o tentativo di suicidio;
p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
q) quarantene.

Sono, inoltre, escluse le prestazioni in dipendenza di:
r) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
s) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
t) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
u) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
v) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
w) espianto/trapianto di organi.

Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Art. 4.5 - Disposizioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie Assistenza

a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
d) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
e) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
f) il diritto alle prestazioni di assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
g) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso;
h) le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:
a) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
b) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:
- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Condizioni di assicurazione

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

5. IN CASO DI SINISTRO

INFORTUNI

Art. 5.1 - 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 trasmessi all'Impresa. Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore;
- 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**, fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art. 5.2 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico 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 decidere 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 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.
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.

Art. 5.3 - 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.

Condizioni di assicurazione

In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente sotto forma di capitale:

a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata all'articolo "Obblighi" della presente Sezione, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
c) quanto disciplinato ai punti a) e b) del presente articolo non trova applicazione nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio denunciato e sia operativa per l'Assicurato la garanzia Morte. In tal caso l'Impresa liquida ai Beneficiari designati unicamente la somma assicurata per il caso Morte indicata nella Scheda di Polizza.

Quanto previsto dal presente articolo non si applica alla garanzia Rendita vitalizia nel caso in cui sia prevista la sua corresponsione sotto forma di rendita mensile, per la quale valgono le modalità di corresponsione disciplinate all'articolo "Rendita vitalizia da infortunio".

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

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

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.

Art. 5.4 - Anticipo sull'indennità per Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo sull'Indennità per Invalidità permanente nel caso di Infortunio i cui postumi invalidanti siano stimati dall'Impresa in misura prevedibilmente non inferiore al 20%.

L'anticipo corrisposto è pari al 50% del presumibile Indennizzo e viene conguagliato in sede di definitiva liquidazione del Sinistro.

Quanto sopra non costituisce impegno dell'Impresa circa il grado percentuale definitivo di Invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Impresa sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio.

ASSISTENZA

Art.5.5 - Obblighi

Qualora **il Contraente o l'Assicurato** debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax +39 02 70 630 091

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, **dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:**

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP Service Italia S.c.a.r.l.
Casella Postale 302
Via Cordusio 4
20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Condizioni di assicurazione

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:
- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate 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.

B2 - Clausola Broker con riparto di coassicurazione

Premesso che l'Assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate in Polizza, 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, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.
Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopracitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.
Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

AU -Adeguamento automatico annuale

Le somme/massimali assicurati, i limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) ed il **Premio**, previsti nella Scheda di Polizza, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale**; sono esclusi da tale adeguamento gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda di Polizza.
Tale adeguamento automatico non troverà applicazione nel caso in cui, alla scadenza di ogni annualità, il rapporto tra l' "indice ISTAT di riferimento annuale" (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) e l' "indice ISTAT mensile" immediatamente precedente ("indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT) sia superiore alla suddetta percentuale del 2,5%.
In tal caso l'adeguamento di cui al paragrafo precedente sarà operato in conformità al rapporto tra l'"indice ISTAT di riferi-mento annuale" e l'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente.
Resta inteso che, in ogni caso, l'adeguamento non potrà mai essere inferiore al 2,5% annuo.
Sono sempre esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda di Polizza.
Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.
A fronte dell'adeguamento automatico annuale sopra descritto, l'Impresa riconosce al Contraente la facoltà di recedere dalla presente condizione particolare di polizza, **senza alcun obbligo - per l'Impresa stessa - di comunicare, preventivamente, la variazione** delle somme/massimali assicurati, dei limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e del Premio.
Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" entro l'ultimo giorno del termine previsto per il pagamento dei premi indicato nell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, la stessa cesserà di produrre i propri effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa conclusa. Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" successivamente a tale termine, essa cesserà di produrre effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa successiva.
In entrambi i casi l'Impresa provvederà all'aggiornamento del contratto adeguandone le condizioni normative e di premio.
La presente condizione particolare non è operante per la garanzia Assistenza.

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato in Polizza, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza per:
- *Morte da Infortunio*
- *Invalidità permanente da Infortunio*
- *Inabilità temporanea*

deve intendersi la Ditta Contraente.

Condizioni di assicurazione

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

- che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- che le indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o la Polizza a margine indicati;
- l'/gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito consenso a quanto sopra convenutosi.

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.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

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

EXP - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra-professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

Si intende compreso in garanzia il "Rischio in itinere", intendendosi per tale il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

Resta inteso che **sono esclusi** dall'Assicurazione gli infortuni che colpiscano l'Assicurato nello svolgimento di qualsiasi Attività professionale.

PRO - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali, principali e secondarie indicate nella Scheda di Polizza compreso il "Rischio in itinere", intendendosi per tale il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

BEN - Liquidazione della somma assicurata ai beneficiari in caso di Morte da infortunio

L'Assicurato con la sottoscrizione della presente Condizione particolare, manifesta il suo esplicito consenso affinché la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza e prevista per il caso della propria morte da Infortunio venga liquidata ai Beneficiari indicati nella Scheda di Polizza.

SVA - Supervalutazione delle invalidità permanenti delle dita degli arti superiori

A parziale deroga di quanto previsto dagli articoli "Invalidità permanente da infortunio", "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" e "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" delle Condizioni di assicurazione, si conviene tra le parti che, in caso di Infortunio che dovesse comportare la perdita anatomica o funzionale, purché totale, delle parti degli arti superiori qui di seguito elencate, l'Impresa liquida l'Invalidità permanente secondo le seguenti percentuali:

per la perdita del pollice	80%
per la perdita della falange ungueale del pollice	40%
per la perdita dell'indice	80%
per la perdita della falange ungueale dell'indice	30%
per la perdita del mignolo	40%
per la perdita della falange ungueale del mignolo	15%
per la perdita del medio o dell'anulare	20%
per la perdita della falange del medio o dell'anulare	5%

La presente condizione particolare opera sul capitale assicurato per Invalidità permanente indicato nella Scheda di Polizza, **ma fino ad un massimo di euro 260.000,00**.

Sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 260.000,00 viene ripristinato il criterio di calcolo dell'Indennizzo previsto dagli articoli "Invalidità permanente da infortunio", "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" e "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" delle Condizioni di assicurazione.

In caso di Infortunio che comporti anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non contemplati dalla tabella sopra riportata, l'Indennizzo, solo per questi ultimi, viene stabilito in base a quanto previsto dagli articoli "Invalidità permanente da infortunio", "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" e "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" delle Condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

In ogni caso la somma degli indennizzi non potrà mai superare la percentuale massima di Invalidità permanente da liquidare prevista dalla Franchigia operante per l'Assicurato, richiamata nella Scheda di polizza, e disciplinata all'articolo "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" delle Condizioni di assicurazione.

SSP - Sovrarischi sportivi

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione, si prende atto che, nei limiti delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza - **con esclusione delle garanzie di Inabilità temporanea, Rimborso spese mediche e Assegno integrativo per piccole spese** - l'Assicurazione si intende estesa agli infortuni che si verifichino in occasione della pratica delle seguenti attività sportive, **sempreché non esercitate professionalmente o che comunque non comportino Remunerazione sia diretta che indiretta**:

- atletica pesante;
- lotta nelle sue varie forme;
- arti marziali;
- sollevamento pesi;
- alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA;
- speleologia;
- rugby;
- football americano;
- hockey;
- sci/snowboard alpinismo.

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, in deroga alle franchigie pattuite, qualora l'Infortunio derivi dallo svolgimento di una delle attività sportive sopra indicate, sulla somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza fino a euro 260.000,00 **l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale.
Sull'eventuale parte di somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza superiore a euro 260.000,00 **l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale.

FUO - Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio

Si prende atto fra le parti che dalle garanzie prestate **sono esclusi** gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque espletato, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni subite dall'Assicurato a motivo dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza.

CAT - Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dell' articolo "Esclusioni" delle Condizioni relative alla garanzia Infortuni, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte da Infortunio e di Invalidità permanente da Infortunio, 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 per le garanzie sopra indicate non può superare complessivamente la somma di euro 100.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato sono ridotti in proporzione.

Condizioni di assicurazione

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

Tabella A

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 di Polizza, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori sotto elencati.

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	destro	**sinistro**
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di un arto inferiore:		
- al disopra della metà della coscia	70%	
- al disotto della metà della coscia ma al disopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
Anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

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

Tabella B (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 di Polizza, 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	**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%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%

Condizioni di assicurazione

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%

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità 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.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. 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%

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

Condizioni di assicurazione

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Rischi di categoria 1

- Affittacamere - Agente/promotore/operatore turistico - Architetto solo in studio
- Botanico
- Casalinga - Cassiere - Commercialista/perito commerciale
- Dirigente senza lavoro manuale (esclusa azienda agricola)
- Enologo - Estetista
- Farmacista (titolare/addetto all'esercizio)
- Geometra solo in studio - Giornalista occupato solo in ufficio
- Impiegato amministrativo/tecnico con mansioni solo all'interno e senza lavoro manuale - Ingegnere solo in studio - Insegnante senza uso di laboratorio (esclusa educazione fisica)
- Logopedista
- Magistrato
- Notaio
- Parrucchiere - Perito elettronico - Perito ottico
- Studente

Rischi di categoria 2

- Accompagnatore turistico - Agricoltore proprietario o affittuario senza lavoro manuale - Allevatore proprietario senza lavoro manuale - Architetto che accede anche ad ambienti di lavoro - Avvocato
- Benestante senza occupazione
- Cameriere - Chimico escluso il trattamento di sostanze radioattive ed esplosive - Commerciante che si dedica anche alla vendita senza carico e scarico merci e senza uso di macchine - Corniciaio
- Dirigente con lavoro manuale (esclusa azienda agricola)
- Elettricista senza accesso a ponti o impalcature
- Fisico escluso il trattamento di sostanze radioattive ed esplosive - Fisioterapista - Fotografo
- Gelataio - Geologo - Geometra che accede anche ad ambienti di lavoro - Giornalista occupato anche all'esterno
- Idraulico senza accesso a ponti o impalcature - Impiegato amministrativo/tecnico con mansioni anche all'estero e lavoro manuale - Infermiere - Ingegnere che accede anche ad ambienti di lavoro - Insegnante con uso di laboratorio - insegnante di educazione fisica - Istruttore di scuola guida
- Laccatore/verniciatore senza accesso a ponti e impalcature
- Massaggiatore - Mediatore di bestiame - Medico generico - Medico specialista
- Odontotecnico - Orologiaio - Ostetrica - Ottico
- Pensionato - Perito Agrario - Perito danni di assicurazioni - Perito elettromeccanico - Perito industriale - Perito tessile
- Radiotecnico senza collocamento di antenne su tetti
- Sarto
- Tappezziere senza uso di scale, ponti e impalcature - Tipografo
- Veterinario - Vetrinista

Rischi di categoria 3

- Addobbatore di scena senza accesso a ponti o impalcature - Agricoltore proprietario o affittuario con lavoro manuale - Archeologo - Autista (trasporto pubblico o noleggio) - Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno senza carico e scarico escluso trasporto di esplosivi e merci pericolose
- Bracciante/salariato agricolo
- Carpentiere - Carrozziere - Commerciante che si dedica anche alla vendita con carico e scarico merci o uso di macchine
- Dirigente di azienda agricola con lavoro manuale
- Elettrauto - Elettricista con accesso a ponti o impalcature - Esattore
- Fornaio
- Gommista
- Idraulico con accesso a ponti o impalcature - Imbianchino senza accesso a ponti o impalcature
- Laccatore/verniciatore con accesso a ponti o impalcature - Lattoniere senza uso di macchine utensili e senza accesso a ponti e impalcature
- Magazziniere escluso trattamento di esplosivi e merci pericolose- Magliaio - Marmista senza uso di macchine utensili - Meccanico - Mugnaio - Muratore senza accesso a ponti o impalcature
- Nettezza urbana (addetto)
- Orticoltore
- Pasticciere - Pellicciaio - Pizzaiolo - Portavalori - Pozzi neri e spurgo (addetto)
- Raccoglitore di frutta o ortaggi

Condizioni di assicurazione

- Tappezziere con uso di scale, ponti o impalcature - Trattorista
- Vetraio

Rischi di categoria 4

- Addobbatore di scena con accesso a ponti o impalcature - Allevatore addetto o proprietario con lavoro manuale - Antennista - Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro con carico e scarico escluso trasporto di esplosivi e merci pericolose
- Boscaiolo
- Falegname - Fuochista su navi non militari
- Giardino zoologico (addetto)
- Imbianchino con accesso a ponti o impalcature - Istruttore/allenatore di equitazione
- Lattoniere con uso di macchine utensili o accesso a ponti o impalcature
- Marmista con uso di macchine utensili - Muratore con accesso a ponti o impalcature
- Scaricatore/caricatore di merci non pericolose - Stalliere/artiere
- Tornitore
- Vigile del fuoco anche con mansioni operative (non sommozzatore)

Condizioni di assicurazione

REGOLAMENTO VITARIV

Allianz S.p.A. ha costituito una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, caratterizzata dai seguenti elementi:

a) la denominazione della gestione separata è VITARIV;
b) la valuta di denominazione della gestione separata è l'Euro;
c) il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento della gestione separata è annuale e decorre dal 1° ottobre fino al 30 settembre dell'anno successivo.
   All'interno del periodo di osservazione è prevista anche la determinazione di dodici tassi di rendimento mensili, ciascuno dei quali è calcolato con riferimento al periodo di tempo che decorre dal primo fino all'ultimo giorno del mese di calendario;
d) l'obiettivo della gestione separata è di ottimizzare gli investimenti in coerenza con gli impegni contrattuali e di conseguire un rendimento annuo tendenzialmente stabile.
   Le scelte di investimento sono effettuate sulla base delle previsioni sull'evoluzione dei tassi di interesse, considerando le opportunità di posizionamento sui diversi tratti della curva dei rendimenti e su diverse classi di attività, nonché sulla base dell'analisi dell'affidabilità degli emittenti, sempre nel rispetto degli impegni assunti da Allianz S.p.A. con riferimento ai contratti collegati alla gestione separata.
   Le attività in cui vengono investite le risorse sono selezionate in coerenza con le disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.
   In particolare:
   i. le risorse della gestione separata sono investite prevalentemente in strumenti finanziari di natura obbligazionaria (titoli obbligazionari e OICR armonizzati di tipo obbligazionario) anche fino al 100% del patrimonio della gestione stessa. I titoli obbligazionari sono selezionati prevalentemente tra quelli emessi da Stati sovrani, organismi internazionali ed emittenti di tipo societario con merito creditizio rientrante nel c.d. "investment grade", secondo le scale di valutazione attribuite da primarie agenzie di rating.
      L'investimento in strumenti finanziari di natura azionaria (titoli azionari e OICR armonizzati di tipo azionario) è residuale, fino ad un massimo del 25% del patrimonio della gestione separata.
      L'area geografica di riferimento è prevalentemente l'Area Euro.
      L'investimento nel comparto immobiliare (diretto o tramite fondi immobiliari) non sarà superiore al 20% del patrimonio della gestione separata e gli investimenti c.d. alternativi, in fondi azionari e obbligazionari non armonizzati e in fondi speculativi, non saranno complessivamente superiori al 10% del patrimonio della gestione separata.
      I depositi bancari rappresentano un investimento residuale non superiore al 10% della gestione;
   ii. i limiti di investimento in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A. sono i seguenti:
      - OICR armonizzati istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 50% del patrimonio della gestione separata;
      - Obbligazioni, azioni ed altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 30% del patrimonio della gestione separata.

      Per tutelare gli assicurati da possibili situazioni di conflitto di interesse, Allianz S.p.A. pone in essere operazioni infragruppo in coerenza con i principi di sana e prudente gestione, evitando di attuare operazioni che possano produrre effetti negativi per la sua solvibilità o che possano arrecare pregiudizio agli interessi degli assicurati o degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative;
   iii. le risorse della gestione separata possono essere investite in strumenti finanziari derivati con lo scopo di ridurre il rischio di investimento o di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio;
e) la gestione separata è aperta a tutte le tipologie di polizze a prestazioni rivalutabili e a tutti i segmenti di clientela;
f) il valore delle attività della gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili collegati ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa;
g) il presente Regolamento può essere modificato a seguito dell'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'assicurato;
h) le spese che gravano sulla gestione separata sono unicamente quelle relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate;
i) il rendimento della gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione;
j) il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo al periodo di osservazione è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione stessa.

Condizioni di assicurazione

Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto.

La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.

I criteri di valutazione impiegati ai fini del calcolo della giacenza media non possono essere modificati, salvo in casi eccezionali. In tale eventualità, il rendiconto riepilogativo della gestione separata è accompagnato da una nota illustrativa che riporta le motivazioni dei cambiamenti nei criteri di valutazione ed il loro impatto economico sul tasso medio di rendimento della gestione separata.

Il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo a ciascun periodo mensile all'interno del periodo di osservazione è calcolato con gli stessi criteri di cui sopra, ponendo come base temporale di calcolo lo specifico mese di calendario;

k) la gestione separata è sottoposta alla verifica da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente;

l) Allianz S.p.A., qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della gestione separata, al fine di perseguire l'interesse dei contraenti e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla scissione della gestione separata VITARIV o alla fusione della stessa con una o più gestioni separate istituite dalla Società aventi sia analoghe caratteristiche che omogenee politiche di investimento, senza alcun onere o spesa per i contraenti. In tali eventualità, la Società invierà ai contraenti delle polizze a prestazioni rivalutabili collegate ai rendimenti realizzati dalla gestione separata VITARIV una tempestiva comunicazione e, qualora sia necessario redigere un nuovo Regolamento, copia dello stesso;

m) il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di assicurazione.