

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute– Invalità permanente da infortunio"

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 con soluzioni composte da combinazioni di garanzie crescenti, 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?

- ✓ Sono assicurati gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento dell'attività professionale principale e secondaria, compreso il rischio in itinere, sia di ogni altra attività che non ha le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione.

Il prodotto offre le Soluzioni che seguono.

La **Soluzione Essential** contiene:

- ✓ Invalità permanente da infortunio con franchigia 66%;
- ✓ Assistenza:
 - Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
 - Assistenza sanitaria H24.

La **Soluzione Plus**: contiene le stesse garanzie della Soluzione Essential con, relativamente alla garanzia Invalità permanente da infortunio, una franchigia del 7% e, in aggiunta, la garanzia che segue:

- ✓ Indennità aggiuntiva per il danno alla vita di relazione.

La **Soluzione Premium** contiene le stesse garanzie della Soluzione Plus con, relativamente alla garanzia Invalità permanente da infortunio, due opzioni di franchigia del 3% e del 5% assorbibili con supervalutazione; contiene, inoltre, le estensioni di copertura opzionali che seguono:

- Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani;
- Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi.

La **Soluzione Top** contiene le stesse garanzie della Soluzione Premium con, relativamente alla garanzia Invalità permanente da infortunio, una franchigia del 3% assorbibile con supervalutazione; contiene inoltre:

- ✓ Eliminazione della franchigia in caso di Infortunio subito dall'Assicurato in qualità di conducente di autovettura.

L'assicurazione è prestata entro **le somme assicurate** puntualmente indicate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Per l'elenco delle **garanzie aggiuntive acquistabili facoltativamente con supplemento di premio**, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa è assicurato?".



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

- ✗ alcolismo;
- ✗ tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ epilessia;
- ✗ psicosi e disturbi gravi della personalità;
- ✗ esiti di ictus cerebrali con paralisi motorie di uno o più arti;
- ✗ esiti di patologie infiammatorie e/o infettive del sistema nervoso centrale o periferico con paralisi motorie di uno o più arti;
- ✗ esiti di poliomielite;
- ✗ malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili);
- ✗ morbo di Parkinson;
- ✗ demenza.

Garanzia Assistenza:

- ✗ Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non è sostitutivo, né alternativo al Servizio pubblico di pronto intervento.

Per la descrizione completa dei rischi esclusi, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa non è assicurato?".



Ci sono limiti di copertura?

! L'assicurazione **prevede alcuni limiti di copertura**, per il cui dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?". E' prevista l'applicazione alle garanzie di **franchigie e limiti di indennizzo**, il cui valore è indicato nel DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?" e nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.



Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le garanzie che seguono:

- ✓ Diaria per 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 che si verificano al di fuori di questi Stati, la prestazione vale solo per i giorni di eventuale ricovero ospedaliero documentato.
- ✓ Assistenza: vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le prestazioni invio di un medico, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, invio di un medico in viaggio e le prestazioni dell'Assistenza per Inabilità temporanea che valgono in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro la **denuncia deve essere presentata entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.**



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto.

E' possibile chiedere il frazionamento mensile, trimestrale, semestrale con una maggiorazione del premio, rispettivamente del 5,6%, 5% e 3%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

E' possibile pagare il premio tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati ad Allianz S.p.A. oppure all'intermediario, espressamente in questa 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 come beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere pagato solo con procedura SDD o addebito su carta di credito.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dal giorno del pagamento del premio, sia esso contestuale o successivo alla data di sottoscrizione della stessa e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per un anno e così per gli anni che seguono. E' possibile escludere contrattualmente il tacito rinnovo ed in tal caso la copertura cessa alla scadenza prevista senza il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la copertura?

Di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale: nel caso di copertura assicurativa di durata **annuale o poliennale** è possibile comunicare disdetta alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, con l'invio di una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza. Se è stata selezionata l'esclusione del tacito rinnovo, la copertura cessa alla scadenza prevista, senza necessità di inviare la disdetta.

Diritto di recesso per poliennalità: nel caso di copertura assicurativa di durata poliennale, il Contraente **può recedere anticipatamente** con l'invio di una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza di ogni singola annualità, se non è stata prevista alcuna riduzione di premio per poliennalità.

Se la copertura assicurativa di durata poliennale ha beneficiato della riduzione del premio di tariffa, ed è prevista una durata contrattuale inferiore o uguale a 5 anni, il Contraente **non può recedere prima della scadenza** indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio; se, invece, è prevista una durata contrattuale superiore ai 5 anni, il Contraente **può recedere a partire dalla fine del quinquennio** con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Diritto di recesso in caso di sinistro: se il Contraente è considerato consumatore ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, dopo ogni sinistro regolarmente denunciato ad Allianz S.p.A. e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'indennizzo da parte di Allianz S.p.A., può recedere dall'assicurazione con un preavviso di 30 giorni. Se è stata inviata disdetta o viene esercitato il recesso per poliennalità o per sinistro, la garanzia cessa alla scadenza della copertura assicurativa e non si applica il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma. Analoga facoltà di disdetta alla scadenza contrattuale o di recesso in caso di sinistro è riconosciuta anche ad Allianz S.p.A..

Diritto di ripensamento: Il Contraente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.; resta fermo che, in caso di mancato esercizio del diritto di recesso, la copertura assicurativa rimarrà operante secondo le regole di durata sottoscritte.

In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz S.p.A. provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.

Assicurazione contro i danni

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



Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Invalidità permanente da infortunio"

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

Scopo

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

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

Società

Allianz S.p.A, con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo **bilancio d'esercizio 2024** redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.043** milioni di euro e il risultato economico di periodo pari a **110** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet www.allianz.it e si riporta di seguito il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) pari a **292%**.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

Protezione per Invalidità permanente da infortunio

Copertura completa, extra-professionale, professionale (coperture a scelta dell'Assicurato)

Copertura completa: la copertura assicurativa opera in caso di Infortunio che l'Assicurato subisce nello svolgimento dell'Attività professionale principale e secondaria dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, compreso il Rischio in itinere, e di ogni altra attività che non ha le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

Copertura extra-professionale: la copertura assicurativa opera in caso di Infortunio che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non ha le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale e durante il Rischio in itinere.

Copertura professionale: la copertura assicurativa opera in caso di Infortunio che l'Assicurato subisce nello svolgimento dell'Attività professionale principale e secondaria, dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, e durante il Rischio in itinere.

Sono coperte alcune casistiche specifiche di infortunio, ulteriori rispetto alla definizione di Infortunio contenuta nel Glossario a pagina 1 delle Condizioni di assicurazione, per il cui elenco si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.1.4 pagina 7 delle Condizioni di assicurazione.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del premio per durata poliennale: in caso di durata poliennale, è possibile usufruire di una riduzione del Premio di tariffa, a fronte della quale non è riconosciuta la facoltà di recesso anticipato rispetto alla scadenza contrattuale, (è possibile recedere a partire dalla fine del quinquennio se il contratto ha durata superiore a 5 anni).

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Estensioni di copertura

Protezione per Invalidità permanente da infortunio

Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi (selezionabile per le Soluzioni "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.1.5 pagina 8 delle Condizioni di assicurazione.

Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani (selezionabile per le Soluzioni "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.2.4 pagina 9 delle Condizioni di assicurazione.

Le garanzie aggiuntive

Protezione per Invalidità permanente da infortunio

Garanzia aggiuntiva Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66% (selezionabile per tutte le Soluzioni): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.4.1 pagina 16 delle Condizioni di assicurazione; **Garanzia aggiuntiva**

Morte da infortunio (selezionabile per tutte le Soluzioni): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.4.2 pagina 16 delle Condizioni di assicurazione; **Garanzia aggiuntiva Capitale aggiuntivo in caso di Invalidità permanente maggiore o uguale al 40%** (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.4.3 pagina 16 delle Condizioni di assicurazione; **Garanzia aggiuntiva Diaria per Inabilità temporanea** (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.4.4 pagina 16 delle Condizioni di assicurazione.



Che cosa NON è assicurato?

Protezione per Invalidità permanente da infortunio

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i casi che seguono: a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio; b) infarto; c) Rottura sottocutanea di tendini; d) infezioni, sempre considerate malattie, anche se pandemiche; e) ernie. 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.

Assistenza

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di: a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; b) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; c) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni; d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; e) 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; f) espianto/trapianto di organi. **Sono escluse** le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.



Ci sono limiti di copertura?

Protezione per Invalidità permanente da infortunio



La copertura assicurativa non opera per gli infortuni causati da: a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma di Legge o in caso di patente scaduta; 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; c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo; d) uso come passeggero di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, aeromobili di aeroclubs, apparecchi per il volo da diporto o sportivo; e) pratica di arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere e pratica di sport estremi; f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta; g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato; i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non. **È sempre escluso** l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; j) partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano 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) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva.

Assistenza

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 qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono 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 dove è 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 che hanno 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. Ad esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; q) quarantene.

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

FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO

Protezione per Invalidità permanente da infortunio		
Garanzie	Franchigie e Limiti di indennizzo	
Invalidità permanente da infortunio	Franchigia	66% Soluzione Essential/7% Soluzione Plus/3% o 5% Soluzione Premium/3% Soluzione Top da determinarsi in sede di stipulazione
• Ernia addominale da sforzo non operabile	Limite di indennizzo	10% della somma assicurata per Invalidità permanente
• Indennità aggiuntiva per il danno alla vita di relazione	Limite di indennizzo	10% della somma indennizzata per Invalidità permanente con il massimo di 10.000 euro
Assegno mensile per massimo 10 anni per invalidità permanente maggiore o uguale a 66%	Limite di indennizzo Franchigia	10 anni 66%
Morte da infortunio – Maggiorazione per commorienza genitori	Limite di indennizzo	250.000 euro
Capitale aggiuntivo in caso di Invalidità permanente maggiore o uguale al 40%	Franchigia	40%
Diaria per Inabilità temporanea	Limite di indennizzo Franchigia	365 giorni per sinistro e per anno assicurativo 7 giorni
Estensione della copertura infortuni ad alcuni sport pericolosi	Franchigia	5% assoluta
Assistenza		
Per determinati servizi di Assistenza, se non è possibile fornire la prestazione entro i termini stabiliti, previo accordo con la Centrale Operativa Assistenza, l'Assicurato può provvedere in autonomia per ottenere la prestazione il cui costo è rimborsato entro determinati limiti di indennizzo. Nessun rimborso è previsto senza il preventivo consenso della Centrale Operativa Assistenza.		
 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 copertura assicurativa per le persone di età superiore agli 80 anni può essere discrezionalmente valutata da Allianz S.p.A.. L'assicurazione di persone che svolgono attività professionali pericolose è subordinata a valutazione da parte di Allianz S.p.A..		
 Quali costi devo sostenere?		
La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 25%.		

COME PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> • lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa www.allianz.it accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni può essere sospeso per un massimo di 15 giorni. Ulteriori informazioni sui reclami relativi al comportamento degli Agenti, degli Intermediari bancari, dei broker e dei loro dipendenti e collaboratori sono consultabili sul sito internet www.allianz.it nella sezione Reclami.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it . Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo (obbligatorio)	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, se le Parti sono in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Nel caso di lite transfrontaliera, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net , o all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Trattamento fiscale dei premi Il premio corrisposto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Detraibilità/deducibilità fiscale dei premi Con riguardo alle garanzie Invalidità permanente da infortunio, Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66%, Morte da infortunio e Capitale aggiuntivo in caso di Invalidità permanente maggiore o uguale al 40%, in capo al Contraente Persona Fisica compete una detrazione d'imposta nei limiti e con le modalità in vigore al momento del pagamento del premio; se Persona giuridica, il premio è assoggettato al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura.</p> <p>Tassazione delle somme percepite Le somme dovute dalla Società in dipendenza del Contratto non sono soggette ad imposta sul reddito delle persone fisiche mentre, in caso di beneficiario persona giuridica, sono assoggettate al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura.</p> <p>Il regime fiscale sopra descritto non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.</p>

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</p> <p>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</p> <p>Per alcune patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.allianz.it/patologie-oncologiche-termini-ridotti. Ai fini della formazione dell'“oblio oncologico”, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo, ove previsto, del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.</p> <p>Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

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

Allianz ULTRA

Salute

Invalidità permanente da infortunio

Assicurazione contro i danni

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 977 - 06/07/2024

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"



AllianzNow, la tua protezione in tempo reale

Scarica l'App 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



Servizio Clienti



Glossario

Per facilitare la comprensione delle regole contrattuali contenute nel presente Set Informativo, il Glossario raccoglie i termini più importanti, ricorrenti o di particolare difficoltà, spiegati nel loro significato.

I termini riportati nel "Glossario" sono riconoscibili nelle Condizioni di assicurazione in quanto indicati con la lettera iniziale maiuscola.

Ambito di rischio: il prodotto assicurativo composto da garanzie che coprono uno o più rischi e che costituiscono l'oggetto della copertura. Le garanzie previste nell'Ambito di rischio possono essere combinate in modo crescente a seconda delle Soluzioni prescelte.

Assicurato: la persona fisica, identificata nella Scheda di Ambito di rischio, il cui interesse è protetto dalla copertura assicurativa.

Attività professionale: l'attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere remunerativo, continuativo o abituale o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Beneficiari: i soggetti che sono indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

Centrale Operativa Assistenza: la struttura organizzativa di AWP P&C S.A. (di seguito indicata, per brevità, AWP P&C) che provvede, 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza previste dalle Condizioni di assicurazione.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula la Polizza.

Day Hospital: il Ricovero in Struttura sanitaria che termina in giornata a seguito solo di terapie mediche.

Day Surgery: il Ricovero in Struttura sanitaria che termina in giornata a seguito di prestazioni chirurgiche.

Familiare: il coniuge o convivente, genitori, figlio/a, nonni, nipoti, fratelli e sorelle, generi e nuore, suoceri.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuale di invalidità permanente o in giorni di Inabilità temporanea.

Gare di regolarità pura: le manifestazioni, che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Inabilità temporanea: la perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Indennizzo/Indennità: la somma dovuta da Allianz S.p.A. all'Assicurato in caso di Sinistro.

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

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

Limite di indennizzo: l'importo dovuto da Allianz S.p.A. che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A., nei casi indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Malattia: ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dovuta ad Infortunio.

Malformazioni/Difetti fisici: la deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un organo per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Polizza: il documento che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione, riepiloga gli Ambiti di rischio acquistati e/o non acquistati e racchiude gli elementi di natura dichiarativa e sottoscrittiva della Polizza.

Premio: l'importo dovuto dal Contraente ad Allianz S.p.A. a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Ricovero: la degenza che comporta il pernottamento in Struttura sanitaria.

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

Rischio in itinere: il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

Scheda tecnica di Ambito di rischio: il documento riepilogativo specifico della copertura assicurativa "Invalidità permanente da infortunio", che è parte integrante della Polizza.

Sforzo: l'impiego improvviso e anomalo di energia muscolare che eccede per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro a fronte di un evento eccezionale e inaspettato.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Soluzione: una delle quattro combinazioni di garanzie (Essential, Plus, Premium e Top), alternative tra loro, che compongono l'Ambito di rischio.

Somma assicurata: l'importo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio che per ogni garanzia prestata viene utilizzato per il calcolo dell'Indennità/Indennizzo.

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

Glossario

Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche che hanno finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Ubbriachezza: la condizione di alterazione che è determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico pari o superiore a 1,5 grammi/litro.

Condizioni di assicurazione

INDICE

1. INTRODUZIONE	Pag. 6
<ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 1.1 - Il presente Ambito di rischio e le relative Soluzioni ■ Art. 1.2 - Il Regolamento Allianz ULTRA 	
2. CHE COSA E' ASSICURATO	Pag. 7
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO Pag. 7 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 2.1 - Cosa assicuriamo ■ Art. 2.2 - La garanzia base ■ Art. 2.3 - Modalità per la determinazione della Invalidità permanente ■ Art. 2.4 - Le garanzie aggiuntive ■ ASSISTENZA Pag. 17 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 2.5 - Le garanzie Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> ■ Art. 2.6 - La garanzia Assistenza sanitaria H24 <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</i> 	
3. CHE COSA NON E' ASSICURATO	Pag. 24
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO Pag. 24 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 3.1 - Persone non assicurabili <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</i> ■ Art. 3.2 - Rischi esclusi per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</i> ■ ASSISTENZA Pag. 24 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 3.3 - Rischi esclusi per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> 	
4. LIMITI DI COPERTURA	Pag. 25
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO Pag. 25 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 4.1 - Limiti di copertura per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</i> ■ Art. 4.2 - Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)</i> ■ ASSISTENZA Pag. 25 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 4.3 - Limiti di copertura per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> 	
5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	Pag. 27
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO Pag. 27 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 5.1 - Validità territoriale <i>(Valido per la Soluzione "Essential", esclusa la garanzia di Assistenza)</i> ■ Art. 5.2 - Validità territoriale <i>(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top", esclusa la garanzia di Assistenza)</i> ■ ASSISTENZA Pag. 27 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 5.3 - Validità territoriale <i>(Valido per le soluzioni "Essential" "Plus", "Premium" o "Top" esclusivamente per la garanzia Assistenza)</i> 	

Condizioni di assicurazione

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO Pag. 27

- PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO Pag. 27
 - Art. 6.1 - Obblighi *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
 - Art. 6.2 - Termini per l'indennizzo *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
 - Art. 6.3 - Anticipo sull'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*
 - Art. 6.4 - Procedura per la valutazione del danno *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
- ASSISTENZA Pag. 29
 - Art. 6.5 - Obblighi

7. PREMIO Pag. 30

- Art. 7.1 - Pagamento del premio
- Art. 7.2 - Adeguamento automatico annuale *(Valido solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età'
- Art. 7.4 - Rimborso del premio in caso di recesso per sinistro

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO Pag. 31

- Art. 8.1a - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido nel caso di frazionamento diverso da mensile)*
- Art. 8.1b - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido solo nel caso di pagamento del premio mediante procedura SDD o carta di credito e frazionamento mensile)*
- Art. 8.2a - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)*
- Art. 8.2b - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)*
- Art. 8.3 - Deroga al tacito rinnovo *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 8.4 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 8.5 - Diritto di ripensamento

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI Pag. 32

- Art. 9.1 - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 9.2 - Liquidazione della somma assicurata ai beneficiari in caso di Morte da infortunio *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 9.3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 9.4 - Cambiamento delle attività professionali assicurate *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
- Art. 9.5 - Rinuncia al diritto di surrogazione
- Art. 9.6 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori
- Art. 9.7 - Altre coperture di Assistenza con Allianz S.p.A.
- Art. 9.8 - Aggravamento del rischio
- Art. 9.9 - Diminuzione del rischio
- Art. 9.10 - Oneri fiscali
- Art. 9.11 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
- Art. 9.12 - Clausola broker *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Polizza)*
- Art. 9.13 - Rinvio alle norme di legge

Condizioni di assicurazione

ALLEGATI

Pag. 35

- TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE - Tabella A Pag. 35
- TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE - Tabella B (INAIL), Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124 Pag. 36
- CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI Pag. 39

Condizioni di assicurazione

1. INTRODUZIONE

Attenzione alle parti delle Condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto.

Art. 1.1 - Il presente Ambito di rischio e le relative Soluzioni

L'Ambito di rischio **"Invalidità permanente da infortunio"** è costituito da quattro Soluzioni diverse, alternative fra loro, composte dalle combinazioni di garanzie crescenti che seguono:

- **Essential:** composta dalla garanzia Invalidità permanente prestata con Franchigia 66% e dalle garanzie Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.
Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di invalidità permanente - Tabella A per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente;
- **Plus:** composta dalla garanzia Invalidità permanente prestata con Franchigia 7% con supervalutazione e dalla garanzia Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.
Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente selezionata scegliendo tra le opzioni Tabella A o Tabella INAIL;
- **Premium:** composta dalla garanzia Invalidità permanente prestata in base alla Franchigia selezionata scegliendo tra le opzioni Franchigia 5% assorbibile con supervalutazione o Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione e dalla garanzia Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.
Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente selezionata scegliendo tra le opzioni Tabella A o Tabella INAIL;
- **Top:** composta dalla garanzia Invalidità permanente prestata in base alla Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione e dalla garanzia Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24. Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente selezionata scegliendo tra le opzioni Tabella A o Tabella INAIL.
In aggiunta, la garanzia Invalidità permanente opera senza la Franchigia, che invece, viene applicata in caso di scelta delle altre Soluzioni, quando l'Assicurato subisce l'Infortunio alla guida di autovettura.

Le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo premio, dalle garanzie aggiuntive:

- Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66%,
- Morte da infortunio

Le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo premio, dalle garanzie aggiuntive:

- Diaria per Inabilità temporanea
- Capitale aggiuntivo in caso di Invalidità permanente maggiore o uguale al 40%.

La copertura assicurativa delle soluzioni "Premium" e "Top" può essere arricchita, con pagamento del relativo premio dall'Estensione della copertura infortuni ad alcuni sport pericolosi.

La garanzia Invalidità permanente nelle Soluzioni "Premium" e "Top" può essere arricchita, con pagamento del relativo premio dalla Condizione di assicurazione Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani.

Art. 1.2 - Il Regolamento Allianz ULTRA

Allianz S.p.A. si impegna a mantenere ed aggiornare i contenuti dei singoli Ambiti di rischio acquistabili all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del **modello assicurativo Allianz ULTRA**, al fine di soddisfare al meglio, nel tempo ed ove ritenuto possibile, le esigenze della propria clientela. Il documento **"Allianz ULTRA: Regole di funzionamento e caratteristiche generali"** (di seguito **"Regolamento"**), che il Contraente ha ricevuto contestualmente al presente Set informativo, contiene l'insieme delle regole di funzionamento del modello assicurativo Allianz ULTRA.

Si rinvia, nel dettaglio, alle singole disposizioni previste nel **"Regolamento"**, le cui previsioni devono intendersi integrative delle Condizioni di assicurazione.

Le Condizioni di assicurazione che seguono contengono, nei punti più rilevanti e per maggiore chiarezza, alcuni rinvii espressi al **"Regolamento"** nonché - per gli aspetti di dettaglio definiti in fase di sottoscrizione - alla **Polizza** e alla **Scheda tecnica di Ambito di rischio**.

Condizioni di assicurazione

2. CHE COSA E' ASSICURATO

In questa sezione è descritto l'ambito di operatività della copertura e le prestazioni assicurative, mentre nelle sezioni successive sono descritti i rischi esclusi, le limitazioni di copertura e le altre norme che regolano il rapporto assicurativo.

La copertura assicurativa è prestata a favore dell'Assicurato e opera per le **Somme assicurate riportate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, con le **franchigie e i limiti di indennizzo** concordati al momento della sottoscrizione del contratto.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 2.1 - Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa opera in caso di Infortunio dell'Assicurato, in base alla Soluzione scelta ed indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e ai casi che sono descritti nel presente articolo e nei successivi articoli 2.2 "Le garanzie base" e 2.4 "Le garanzie aggiuntive".

Di seguito la descrizione dell'operatività della copertura (completa, extra-professionale e professionale) e l'indicazione degli infortuni compresi.

Art. 2.1.1 - Copertura completa *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

La copertura assicurativa opera in caso di Infortunio che l'Assicurato subisce nello svolgimento dell'Attività professionale principale e secondaria dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, compreso il Rischio in itinere, e di ogni altra attività che non ha le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

Art. 2.1.2 - Copertura extra-professionale *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

La copertura assicurativa opera in caso di Infortunio che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non ha le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale e durante il Rischio in itinere.

Art. 2.1.3 - Copertura professionale *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

La copertura assicurativa opera in caso di Infortunio che l'Assicurato subisce nello svolgimento dell'Attività professionale principale e secondaria, dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, e durante il Rischio in itinere.

Art. 2.1.4 - Infortuni compresi *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

Sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisce:

- a) come passeggero di viaggio aereo di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, **salvo quanto previsto dall'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie", lettera d);**
- b) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- c) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- d) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **se l'Assicurato non ha partecipato in modo volontario;**
- e) in conseguenza di insurrezione o di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non. Sono incluse ad esempio: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione **se l'Assicurato:**
 - si trova al di fuori della propria nazione di residenza;
 - **risulta sorpreso dallo scoppio di questi eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace;**
 - **non ha partecipato in modo volontario.**

Rimane fermo quanto previsto dall'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie", lettera j);

- f) 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 copertura assicurativa opera anche nei casi che seguono:

- g) asfissia non di origine morbosa;
- h) avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
- i) avvelenamento del sangue o infezione se il germe infettivo si è introdotto nell'organismo nel momento in cui si verifica una lesione esterna traumatica;
- j) avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **escluse le infezioni malariche;**
- k) annegamento;
- l) lesione muscolare da Sforzo, **salvo quanto previsto dall'articolo 3.2 "Rischi esclusi per tutte le garanzie", lettera c);**

Condizioni di assicurazione

m) ernia addominale da Sforzo **solo con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio, fermo quanto previsto all'articolo 3.2 "Rischi esclusi per tutte le garanzie", lettera e). In caso di ernia addominale da Sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo, a titolo di Invalidità permanente, pari alla somma indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.**

Questa garanzia opera dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Se è stata emessa senza interruzione di continuità in sostituzione di altra riguardante per lo stesso Assicurato e la stessa garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni si calcola:

- dal giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa, per le somme assicurate dalla stessa;
- dal giorno di decorrenza della presente Scheda tecnica di Ambito di rischio solo per le maggiori somme eventualmente assicurate.

n) folgorazione, colpo di sole o di calore;

o) assideramento o congelamento;

p) embolia e conseguenze della pressione dell'acqua, che si verificano in occasione di immersione subacquea con autorespiratore.

Art. 2.1.5 - Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi (Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

A parziale deroga dell'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie" delle Condizioni di assicurazione, la copertura assicurativa opera per gli infortuni che si verificano durante la pratica delle attività sportive che seguono:

- atletica pesante;
- arrampicata libera, **esclusa la versione "free solo"**, se l'arrampicata è svolta con l'utilizzo di attrezzatura come la corda, l'imbrago ed altro equipaggiamento, utilizzata per sicurezza;
- lotta nelle sue varie forme;
- arti marziali;
- sollevamento pesi;
- alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di difficoltà equivalente;
- speleologia;
- rugby;
- football americano;
- hockey;
- sci/snowboard alpinismo.

Le attività sportive sopra elencate non devono essere esercitate professionalmente o con riconoscimento di Remunerazione diretta o indiretta.

Se l'Assicurato subisce un Infortunio che deriva dalla pratica di una delle attività sportive sopra indicate, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo che si calcola sulla Somma assicurata per la garanzia Invalidità permanente da infortunio in base:

- al grado percentuale di invalidità che si accerta secondo i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio"
- a quanto stabilito nell'articolo 2.3.3 "Modalità di corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente da infortunio".

Questa estensione non opera per la garanzia Diaria per Inabilità temporanea.

Art. 2.2 - La garanzia base

Le garanzie indicate negli articoli che seguono operano in base alla scelta del Contraente, **indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, tra le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top".

Art. 2.2.1 - Invalidità permanente da infortunio (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

La garanzia opera per l'Infortunio che l'Assicurato subisce e che ha come conseguenza una Invalidità permanente.

Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata in base:

- al grado percentuale di invalidità che la stessa Allianz S.p.A. ha accertato con i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio",
- a quanto stabilito nell'articolo 2.3.3 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" applicando una Franchigia per Sinistro, determinata a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente anche se l'Infortunio si manifesta dopo la scadenza della Scheda tecnica di Ambito di rischio, ma **comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.**

Art. 2.2.2 - Indennità aggiuntiva per il danno alla vita di relazione (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Se l'Infortunio comporta una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 15% Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato un importo definito nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

L'Invalidità permanente si accerta secondo i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio".

Condizioni di assicurazione

Allianz S.p.A. liquida l'importo in aggiunta a quanto liquidato a titolo definitivo dell'Indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.3 - Infortunio alla guida di autovettura (*Valido per la Soluzione "Top"*)

Allianz S.p.A. liquida senza Franchigia l'Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata **solo per il caso di Infortunio che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di autovettura:**

- durante la circolazione, dal momento in cui sale a bordo a quello in cui scende;
- mentre, in caso di fermata accidentale dovuta a incidente e/o avaria, è impegnato per la ripresa della marcia.

L'Indennizzo sopra indicato viene determinato in base:

- al grado percentuale di invalidità che Allianz S.p.A. ha accertato con i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio"
- a quanto stabilito nell'articolo 2.3.3 "Modalità di corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente da infortunio - Nessuna Franchigia"

Art. 2.2.4 - Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani (*Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 2.2.1 "Invalidità permanente da infortunio", se l'Infortunio comporta la perdita totale, anatomica o funzionale, delle parti della mano qui di seguito elencate, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata secondo le percentuali che seguono:

■ 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%

Se l'Infortunio comporta anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non contemplati dalla tabella sopra riportata, Allianz S.p.A. liquida, solo per questi ultimi, un Indennizzo calcolato in base a quanto previsto dall'articolo 2.2.1 "Invalidità permanente da infortunio".

In ogni caso la somma degli Indennizzi non può mai superare il 225 % della Somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.3 - Modalità per la determinazione della Invalidità permanente

Art. 2.3.1 - Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio

Al fine della valutazione del grado di Invalidità permanente, sono utilizzate le seguenti tabelle:

Tabella A: la tabella è riportata nella Sezione Allegati delle presenti Condizioni di assicurazione (*Valida per la Soluzione "Essential" e - se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio - per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

Tabella INAIL: la tabella è riportata nella Sezione Allegati delle presenti Condizioni di assicurazione (*Valida, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

Art. 2.3.2 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Il grado di Invalidità permanente si accerta secondo le percentuali indicate nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente" richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e secondo i criteri che seguono:

- a) **si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;**
- b) **in caso di perdita o di riduzione, anatomica e funzionale, di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto di quelle preesistenti;**
- c) **in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicare 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;**

Condizioni di assicurazione

- 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 può 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 del medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia del Sinistro;
- i) in caso di **Invalidità permanente non specificata** nella Tabella, 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.

Art. 2.3.3 - Modalità di corresponsione dell'Indennizzo per invalidità permanente da infortunio

Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio accertata in base ai criteri stabiliti nelle Condizioni di assicurazione e le modalità che seguono, richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio:

Franchigie	Soluzione Essential	Soluzione Plus	Soluzione Premium	Soluzione Top
66%	●			
7% assorbibile con supervalutazione		●		
5% assorbibile con supervalutazione			●	
3% assorbibile con supervalutazione			●	●
5% assoluta (se presente l'"Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi")			●	●
Nessuna franchigia (Solo nel caso di Infortunio subito in qualità di conducente di autovettura)				●

Franchigia 66% (Valida per la Soluzione "Essential")

Se l'**Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66%**, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo

Se l'**Invalidità permanente accertata è di grado uguale o superiore al 66%**, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata nella misura del 100%.

Condizioni di assicurazione

Franchigia 7% assorbibile con supervalutazione (Valida per la Soluzione "Plus")

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 7%, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado superiore al 7%, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	82
2	0	52	84
3	0	53	86
4	0	54	88
5	0	55	100
6	0	56	100
7	0	57	100
8	1	58	100
9	2	59	100
10	3	60	100
11	4	61	100
12	5	62	100
13	6	63	100
14	7	64	100
15	8	65	100
16	9	66	102
17	10	67	104
18	11	68	106
19	12	69	108
20	13	70	110
21	14	71	113
22	15	72	116
23	16	73	119
24	17	74	122
25	18	75	125
26	19	76	128
27	20	77	131
28	21	78	134
29	22	79	137
30	23	80	140
31	24	81	143
32	25	82	146
33	26	83	149
34	27	84	152
35	28	85	155
36	29	86	158
37	30	87	161
38	31	88	164
39	32	89	167
40	33	90	170
41	34	91	173
42	35	92	176
43	36	93	179
44	37	94	182
45	38	95	185
46	39	96	188
47	40	97	191
48	41	98	194
49	78	99	197
50	80	100	200

Condizioni di assicurazione

Franchigia 5% assorbibile con supervalutazione (Valida per la Soluzione "Premium", se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5%, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5%, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	82
2	0	52	84
3	0	53	86
4	0	54	88
5	0	55	100
6	1	56	100
7	3	57	100
8	5	58	100
9	6	59	100
10	7	60	110
11	9	61	113
12	11	62	116
13	13	63	119
14	14	64	122
15	15	65	125
16	16	66	128
17	17	67	131
18	18	68	134
19	19	69	137
20	20	70	140
21	22	71	145
22	24	72	150
23	26	73	155
24	28	74	160
25	30	75	165
26	32	76	175
27	34	77	180
28	36	78	190
29	38	79	200
30	40	80	210
31	42	81	225
32	44	82	225
33	46	83	225
34	48	84	225
35	50	85	225
36	52	86	225
37	54	87	225
38	56	88	225
39	58	89	225
40	60	90	225
41	62	91	225
42	64	92	225
43	66	93	225
44	68	94	225
45	70	95	225
46	72	96	225
47	74	97	225
48	76	98	225
49	78	99	225
50	80	100	225

Condizioni di assicurazione

Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione (Valida per la Soluzione "Premium", se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, e per la Soluzione "Top")

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3%, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado superiore al 3%, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	82
2	0	52	84
3	0	53	86
4	1	54	88
5	2	55	100
6	3	56	100
7	4	57	100
8	5	58	100
9	6	59	100
10	7	60	110
11	9	61	113
12	11	62	116
13	13	63	119
14	14	64	122
15	15	65	125
16	16	66	128
17	17	67	131
18	18	68	134
19	19	69	137
20	20	70	140
21	22	71	145
22	24	72	150
23	26	73	155
24	28	74	160
25	30	75	165
26	32	76	175
27	34	77	180
28	36	78	190
29	38	79	200
30	40	80	210
31	42	81	225
32	44	82	225
33	46	83	225
34	48	84	225
35	50	85	225
36	52	86	225
37	54	87	225
38	56	88	225
39	58	89	225
40	60	90	225
41	62	91	225
42	64	92	225
43	66	93	225
44	68	94	225
45	70	95	225
46	72	96	225
47	74	97	225
48	76	98	225
49	78	99	225
50	80	100	225

Condizioni di assicurazione

Franchigia 5% assoluta (Valida per l'articolo 2.1.5 "Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi" se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio per le Soluzioni "Premium" e "Top")

Se l'Infortunio deriva dalla pratica di una delle attività sportive indicate nell'articolo 2.1.5 "Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi", Allianz S.p.A. procede come segue.

Se l'**Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5%**, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se l'**Invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5%**, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	46
2	0	52	47
3	0	53	48
4	0	54	49
5	0	55	50
6	1	56	51
7	2	57	52
8	3	58	53
9	4	59	54
10	5	60	55
11	6	61	56
12	7	62	57
13	8	63	58
14	9	64	59
15	10	65	60
16	11	66	61
17	12	67	62
18	13	68	63
19	14	69	64
20	15	70	65
21	16	71	66
22	17	72	67
23	18	73	68
24	19	74	69
25	20	75	70
26	21	76	71
27	22	77	72
28	23	78	73
29	24	79	74
30	25	80	75
31	26	81	76
32	27	82	77
33	28	83	78
34	29	84	79
35	30	85	80
36	31	86	81
37	32	87	82
38	33	88	83
39	34	89	84
40	35	90	85
41	36	91	86
42	37	92	87
43	38	93	88
44	39	94	89
45	40	95	90
46	41	96	91
47	42	97	92
48	43	98	93
49	44	99	94
50	45	100	100

Condizioni di assicurazione

Nessuna Franchigia (Valida per la Soluzione "Top")

Solo nel caso di Infortunio che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di autovettura, disciplinato dall'articolo. 2.2.3 "Invalidità permanente da infortunio alla guida di autovettura", Allianz S.p.A. liquida l'Indennizzo per Invalidità permanente da infortunio calcolato sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	1	51	82
2	2	52	84
3	3	53	86
4	4	54	88
5	5	55	100
6	6	56	100
7	7	57	100
8	8	58	100
9	9	59	100
10	10	60	110
11	11	61	113
12	12	62	116
13	13	63	119
14	14	64	122
15	15	65	125
16	16	66	128
17	17	67	131
18	18	68	134
19	19	69	137
20	20	70	140
21	22	71	145
22	24	72	150
23	26	73	155
24	28	74	160
25	30	75	165
26	32	76	175
27	34	77	180
28	36	78	190
29	38	79	200
30	40	80	210
31	42	81	225
32	44	82	225
33	46	83	225
34	48	84	225
35	50	85	225
36	52	86	225
37	54	87	225
38	56	88	225
39	58	89	225
40	60	90	225
41	62	91	225
42	64	92	225
43	66	93	225
44	68	94	225
45	70	95	225
46	72	96	225
47	74	97	225
48	76	98	225
49	78	99	225
50	80	100	225

Condizioni di assicurazione

Art. 2.4 - Le garanzie aggiuntive

Le garanzie aggiuntive che seguono possono essere scelte dal Contraente, con il pagamento di un Premio aggiuntivo, **solo per le Soluzioni che le prevedono** e operano se sono richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.4.1 - Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66% (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Se l'Infortunio comporta una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66%, determinato secondo i criteri indicati all'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio", Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato, finché in vita, un importo mensile pari alla somma e **per la durata massima indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**.

La liquidazione dell'importo mensile decorre dalla data di liquidazione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da infortunio e in aggiunta ad essa.

Art. 2.4.2 - Morte da infortunio (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Se l'Infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato Allianz S.p.A. liquida ai Beneficiari la Somma assicurata.

La garanzia opera anche nel caso in cui la morte si verifica dopo la scadenza del contratto, ma **comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio**.

L'Indennizzo per il caso Morte non è cumulabile con quello spettante per Invalidità permanente.

Tuttavia, se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo:

- **gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già liquidata all'Assicurato;**
- **i Beneficiari hanno diritto solo alla differenza tra l'Indennizzo per il caso Morte, se superiore, e quello già liquidato per Invalidità permanente.**

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione avviene trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (artt. 60 e 62 codice civile).

Se, dopo la liquidazione dell'Indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o non è morto a seguito di Infortunio indennizzabile in base alle Condizioni di assicurazione, Allianz S.p.A. ha diritto alla restituzione dell'Indennizzo liquidato.

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

Art. 2.4.2.1 - Maggiorazione per commorienza genitori (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

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 copertura, Allianz S.p.A. liquida ai figli minorenni la Somma assicurata in aggiunta all'Indennità per il caso Morte.

Allianz S.p.A. liquida questa somma anche se i figli sono maggiorenni portatori di handicap (intendendosi per tali le persone invalide nella misura pari o superiore al 75%).

La garanzia opera solo se i figli minorenni o maggiorenni portatori di handicap sono indicati come Beneficiari.

Art. 2.4.2.2 - Maggiorazione per Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Se a seguito di reato di rapina, tentata rapina, tentativo di sequestro a danno dell'Assicurato si verifica la morte dell'Assicurato stesso, Allianz S.p.A. liquida ai Beneficiari la Somma assicurata in aggiunta all'Indennità per il caso Morte.

Art. 2.4.3 - Capitale aggiuntivo in caso di Invalidità permanente maggiore o uguale al 40% (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

Se l'Infortunio comporta una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% accertato secondo i criteri indicati all'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio", Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato la somma assicurata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, in aggiunta a quanto liquidato a titolo definitivo dell'Indennizzo per Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.4.4 - Diaria per Inabilità temporanea (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Inabilità temporanea Allianz S.p.A. liquida, **entro il Limite di indennizzo per Sinistro ed anno assicurativo** indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, la Somma assicurata:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica a svolgere l'Attività professionale principale e secondaria dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto svolgere solo in parte l'Attività professionale principale e secondaria dichiarate.

Allianz S.p.A. liquida l'Indennità per Diaria per Inabilità temporanea con applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio a partire dal giorno dell'Infortunio.

Condizioni di assicurazione

ASSISTENZA

Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati da Allianz S.p.A. tramite la Centrale Operativa Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

Il servizio di Assistenza prestato con la presente copertura assicurativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

AVVERTENZA: nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa Assistenza (per i dettagli si rinvia all'articolo 6.5 "Obblighi").

Art. 2.5 - Le garanzie Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top"*)

Art. 2.5.1 - Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza è a sua disposizione per un consulto telefonico, che è effettuato immediatamente o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa Assistenza. **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 Assistenza valuta 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 Assistenza 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 avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa Assistenza possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le sopra indicate 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 Assistenza con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport, Pediatria, Reumatologia, Oncologia e Nefrologia a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. Tale consulenza medico-specialistica telefonica sarà organizzata entro 48 ore lavorative da parte della Centrale Operativa Assistenza.

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.

Art. 2.5.2 - Invio di un medico al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa Assistenza provvede, previa valutazione del proprio servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati entro 3 ore dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, **previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza** l'Assicurato può rivolgersi a un medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento.**

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa Assistenza 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). Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può 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.

Art. 2.6 - La garanzia Assistenza sanitaria H24 (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Art. 2.6.1 - Secondo parere medico specialistico - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderano 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 Assistenza 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 Assistenza:

- acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato;

Condizioni di assicurazione

- ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolge per ottenerne il secondo parere medico specialistico;
- fornisce 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;
- provvede, se necessario, 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'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Se, per cause non dipendenti dall'Assicurato e/o non legate all'espletamento di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, non è possibile provvedere alla prestazione entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi presso un centro medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.

Art. 2.6.2 - Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Se, a seguito dell'erogazione della prestazione di secondo parere medico specialistico prevista al precedente articolo, emerge 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 Assistenza organizza 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 può essere utilizzato solo per i trasporti effettuati a livello continentale.

Se necessario, la Centrale Operativa Assistenza organizza a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un accompagnatore (biglietto aereo o ferroviario) e anche il soggiorno dell'accompagnatore tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento**.

Art. 2.6.3 - Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo

Se emerge la necessità di trasferire l'Assicurato da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo (ad esempio per riabilitazione, ulteriori cure, lungodegenza ecc.), la Centrale Operativa Assistenza organizza a proprie spese:

- il trasporto sanitario dell'Assicurato a mezzo di ambulanza, treno o taxi;
- il trasporto per il rientro dell'Assicurato al domicilio a seguito di dimissioni dalla struttura in cui si trova a mezzo di ambulanza, treno o taxi.

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

Art. 2.6.4 - Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione dell'articolo 2.6.2 - "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione", emerge la necessità di traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza provvede alla traduzione di questi 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 Assistenza.

Per l'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

La prestazione è effettuata entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della **documentazione medica, che deve essere prodotta dall'Assicurato**. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi presso un centro di traduzioni di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Art. 2.6.5 - Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa Assistenza mette 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, non fornisce diagnosi o prescrizioni ed è erogato al momento della chiamata da parte dell'Assicurato, o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa Assistenza.

Art. 2.6.6 - Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, **in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza**, a seguito di Malattia o Infortunio, necessita di una visita medica, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli un proprio medico convenzionato entro 3 ore

Condizioni di assicurazione

dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi a un medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento**.

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa Assistenza 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). Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può 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.

Art. 2.6.7 - Collegamento continuo con il centro ospedaliero

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

Per l'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Art. 2.6.8 - Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, **in viaggio all'estero**, viene ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e ha difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa Assistenza mette a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa Assistenza, immediatamente o con ricontatto telefonico entro 4 ore oppure, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa Assistenza si assume i relativi costi fino ad un **massimo di otto ore lavorative per evento**.

Art. 2.6.9 - Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, **in viaggio all'estero**, necessita di medicinali che gli sono stati regolarmente prescritti e sono commercializzati in Italia ma sono ir reperibili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa Assistenza non esistono specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invia 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 Assistenza, **mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi**.

L'organizzazione della spedizione è effettuata entro 2 giorni lavorativi dal rilascio della ricetta da parte del medico curante dell'Assicurato in Italia. Se l'affidamento della spedizione al corriere incaricato non avviene entro il termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla spedizione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Art. 2.6.10 - Anticipo denaro per spese mediche all'estero

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

Art. 2.6.11 - 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 Assistenza mette a disposizione di un Familiare un biglietto aereo (classe turistica Andata/Ritorno) o ferroviario (1a classe Andata/Ritorno), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il Familiare può richiedere alla Centrale Operativa Assistenza la messa a disposizione di 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 Assistenza. **A carico del Familiare resta l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto**.

La prenotazione dei servizi per il trasferimento del Familiare è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 300,00 per evento**.

In caso di Ricovero per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa Assistenza organizza anche 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**.

La prenotazione del soggiorno del Familiare è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.6.12 - 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**. Se le condizioni dell'Assicurato, accertate dal servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure se l'Assicurato non è in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza 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 è accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario può essere utilizzato solo per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.**

Art. 2.6.13 - Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, **in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia**, eventuali minori di anni 15 rimangono senza accompagnatore, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un Familiare 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.

La prenotazione dei servizi per il trasferimento del Familiare è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 300,00 per evento**.

In alternativa, la Centrale Operativa Assistenza provvede a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

Art. 2.6.14 - Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa Assistenza 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, se l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa Assistenza vi provvede a proprie spese.

Art. 2.6.15 - Assistenza per Inabilità temporanea

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia di cui al seguente articolo "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", se l'Assicurato riceve una **prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni**.

La Centrale Operativa Assistenza 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 avviene a giudizio del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni non possono essere erogate prima di 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non possono essere richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate se l'Assicurato si trova temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

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

- **Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche**

L'Assicurato che necessita di presidi ortopedici (a titolo esemplificativo: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito), prescritti dal medico curante, può richiederli alla Centrale Operativa Assistenza che li mette a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Condizioni di assicurazione

La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire e/o fornire tale/i presidi entro il termine indicato, o se l'Assicurato necessita di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 Assistenza telefona periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Se viene riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa Assistenza organizza questo intervento attivando la prestazione di cui all'articolo 2.6.6 "Invio di un medico in viaggio".

■ Organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici

Quando l'Assicurato deve eseguire delle visite e/o esami prescritti dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa Assistenza organizza e prende a carico i costi relativi al trasporto dell'Assicurato verso il più vicino centro medico-diagnostico, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni, quale ambulanza, treno o taxi. La Centrale Operativa Assistenza provvede inoltre a mettere a disposizione dell'Assicurato un eventuale accompagnatore, **se necessario e se nessuno dei familiari fosse disponibile.**

■ Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica **entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione**, la Centrale Operativa Assistenza provvede 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.**

La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un infermiere entro il termine indicato, la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

■ Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa Assistenza di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante **se le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettono di lasciare il proprio domicilio.** La Centrale Operativa Assistenza organizza il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del prelievo al domicilio, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo degli esami ed accertamenti eseguiti.**

■ Esame radiologico al domicilio (Rx torace)

Quando l'Assicurato necessita di un esame radiologico al torace ed è **impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa**, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare un radiologo al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un radiologo entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **euro 500,00.**

■ Esame ecografico al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di un esame ecografico ed è **impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa**, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare un ecografista al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

Condizioni di assicurazione

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un ecografista entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **euro 500,00**.

E' prevista solo l'ecografica dell'addome completo, addome inferiore, addome superiore, capo del collo, cute e tessuti sottocutanei, grossi vasi addominali.

■ 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 Assistenza provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre **i costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato**.

La prestazione è effettuata entro 48 ore lavorative dal momento in cui la Centrale Operativa Assistenza dispone della documentazione atta al ritiro degli accertamenti. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 50,00 per evento**.

■ 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 Assistenza, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali**.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la consegna entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione della spedizione, **nel limite di euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo dei medicinali**.

■ Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa Assistenza mette 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.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa Assistenza può anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimane a carico dell'Assicurato**.

■ Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, **se l'Assicurato non è in condizioni di poter provvedere autonomamente**. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre **restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, **nel limite di euro 100,00 per evento e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari**.

■ Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato è oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e **comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione**, la Centrale Operativa Assistenza 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**.

Condizioni di assicurazione

L'erogazione del servizio può avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione se l'Assicurato non è in condizioni di poter provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Assistenza per Inabilità temporanea sopra riportate, l'Assicurato ha diritto alla prestazione che segue.

Art. 2.6.16 - Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

In caso di Ricovero dell'Assicurato presso una Residenza Sanitaria Assistita, la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per le rette di degenza con il limite di euro 160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

In concomitanza con il periodo di Ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, sono a disposizione dell'Assicurato le prestazioni sotto riportate che sono organizzate ed erogate dalla Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza provvede 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 Assistenza, mentre restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, nel limite di euro 100,00 per evento e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari.

■ Disbrigo faccende domestiche

La Centrale Operativa Assistenza provvede 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 può avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione.** La Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 Assistenza provvede, inoltre, ad organizzare il ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, il cui costo rimane a carico dell'Assicurato.

■ Protezione abitazione

La Centrale Operativa Assistenza provvede per l'Assicurato - ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione se i mezzi di chiusura della stessa risultano compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. **L'erogazione del servizio può avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali.** La Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di euro 250,00 oppure di euro 280,00 se non è in grado di

Condizioni di assicurazione

erogare direttamente il servizio. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa Assistenza organizza il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione, il cui costo rimane a carico dell'Assicurato.

■ Ricovero auto

La Centrale Operativa Assistenza provvede 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 Assistenza può 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 Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

3. CHE COSA NON E' ASSICURATO

In questa sezione sono descritti i rischi esclusi (persone ed eventi esclusi dalla copertura) e le condizioni in presenza delle quali le coperture non operano

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 3.1 - Persone non assicurabili (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

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

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità;
- esiti di ictus cerebrali con paralisi motorie di uno o più arti;
- esiti di patologie infiammatorie e/o infettive del sistema nervoso centrale o periferico con paralisi motorie di uno o più arti;
- esiti di poliomielite;
- malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili);
- morbo di Parkinson;
- demenza.

Se una o più delle affezioni sopraindicate insorgono durante la copertura assicurativa, Allianz S.p.A. ha diritto di recedere con effetto immediato da quando l'Assicurato riceve la comunicazione di recesso ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 codice civile, comma 3.

Art. 3.2 - Rischi esclusi per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i casi che seguono:

- a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- b) infarto da qualsiasi causa determinato;
- c) 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);
- d) infezioni, che sono sempre considerate malattie, anche se pandemiche, **salvo quanto previsto all'articolo 2.1.4 "Infortuni compresi" lettera i);**
- e) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da Sforzo come previsto all'articolo 2.1.4 "Infortuni compresi", lettera m).

ASSISTENZA

Art. 3.3 - Rischi esclusi **per tutte le garanzie** (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:

- a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- b) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- c) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- e) 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;
- f) espianto/trapianto di organi.

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

Condizioni di assicurazione

4. LIMITI DI COPERTURA

In questa sezione sono descritte le delimitazioni di copertura, cioè i casi in cui la copertura non opera solo per alcuni eventi, ma continua a operare per tutti quelli non delimitati.

La copertura assicurativa opera con le Franchigie e i Limiti di indennizzo indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 4.1 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

La copertura assicurativa non opera per gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che 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 Gare di regolarità pura;
- c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc);
- d) uso come passeggero di:
 - d1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - d2) aeromobili di aeroclubs;
 - d3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- e) pratica degli sport che seguono:
 - e1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
 - 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, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
- f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta;
- g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
- i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non. Ad esempio: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo 2.1.4 "Infortuni compresi", lettera e). **E' sempre escluso** l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- j) partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano 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) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche.

Art. 4.2 - Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top" se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

Le garanzie prestate non operano per gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque espletato, e per gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni che l'Assicurato subisce a causa dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

ASSISTENZA

Art. 4.3 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

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;

Condizioni di assicurazione

- 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 qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono 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 dove è 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 che hanno 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. Ad esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- q) quarantene.

Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:

- r) la Centrale Operativa Assistenza 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;
- s) la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- t) se l'Assicurato beneficia di prestazioni di assistenza analoghe e richiede l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura operano solo quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
- u) in ogni caso, i costi vengono risarciti complessivamente una volta sola;
- v) la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- w) **il diritto alle prestazioni di assistenze decade se l'Assicurato non ha preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;**
- x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza che deriva 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.
- y) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; **all'estero solo per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.**

La Centrale Operativa Assistenza non può essere ritenuta responsabile di:

- z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;

aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio è prestata con:

- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

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

Condizioni di assicurazione

5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 5.1 - Validità territoriale *(Valido per la Soluzione "Essential", esclusa la garanzia di Assistenza)*

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

Art. 5.2 - Validità territoriale *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top", esclusa la garanzia di Assistenza)*

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo, **fatta eccezione per la garanzia Diaria per Inabilità temporanea, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.**

Per questa garanzia la copertura assicurativa è limitata agli infortuni subiti entro i confini degli Stati europei e di quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

Per gli infortuni che si verificano al di fuori di questi Stati, la prestazione della garanzia Diaria per Inabilità temporanea viene riconosciuta solo per i giorni di eventuale Ricovero ospedaliero. Tale limitazione termina a partire dal giorno di rientro entro i confini degli Stati sopra citati.

ASSISTENZA

Art. 5.3 - Validità territoriale *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", esclusivamente per la garanzia Assistenza)*

La copertura assicurativa 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-partners.com/it_IT/products/travel.html#.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

In questa Sezione sono regolati:

- gli obblighi e le attività a carico delle Parti quando si verifica un Sinistro, al fine di consentire l'erogazione dell'Indennizzo o della prestazione assicurativa;
- le modalità e i tempi per la denuncia del Sinistro;
- le modalità di determinazione dei danni;
- i tempi di adempimento o liquidazione dell'Indennizzo.

Restano ferme, anche in relazione alla gestione e liquidazione dei Sinistri, le disposizioni del "Regolamento", richiamato all'articolo 1.2, applicabili ai casi in cui il Sinistro viene denunciato quando opera una edizione successiva a questa.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 6.1 - Obblighi *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A.** o al proprio intermediario assicurativo, **entro 5 giorni** da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.

La denuncia **deve**:

- riportare l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento;
- indicare le cause che lo hanno determinato;
- essere corredata da certificato medico che attesta l'entità e la sede delle lesioni.

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

L'Assicurato **deve** inoltre:

- **fornire** copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze che sono conseguenza dell'Infortunio denunciato;
- **inviare** successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi **ad Allianz S.p.A.**

Con esclusivo riferimento alla garanzia Diaria per Inabilità temporanea, se l'Assicurato non ha inviato i successivi certificati medici la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando come data di guarigione quella che risulta nell'ultimo certificato inviato, a meno che Allianz S.p.A. possa stabilire una data anteriore;

Condizioni di assicurazione

- **sottoporsi** agli accertamenti e controlli medici richiesti da Allianz S.p.A.;
- **fornire** ad Allianz S.p.A. ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Con riferimento alla garanzia "Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale al 66%", se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, in caso di accertamento di una Invalidità permanente superiore o uguale al 66%, l'Assicurato deve inviare:

- **ad ogni scadenza annuale il certificato di esistenza in vita, in carta semplice, rilasciato dall'anagrafe;**
- **ad ogni scadenza infra-annuale, eventualmente pattuita, un'autodichiarazione di esistenza in vita.**

In caso di pagamenti dell'Indennità mensilmente pattuita che dovessero, successivamente, risultare non dovuti a seguito di decesso dell'Assicurato, **Allianz S.p.A. si riserva il diritto di richiedere al Contraente - se diverso dall'Assicurato - o ai suoi eredi legittimi la restituzione di queste somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto ad Allianz S.p.A.**

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, a meno che siano espressamente comprese nelle Condizioni di assicurazione.

Se durante il periodo di cura sopravviene la morte dell'Assicurato, **il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i suoi eredi legittimi o i Beneficiari devono:**

- **dare** immediato avviso ad Allianz S.p.A.
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi.

Art. 6.2 - Termini per l'indennizzo (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Allianz S.p.A., verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulta dovuto all'Assicurato e provvede alla liquidazione dello stesso.

Entro lo stesso termine Allianz S.p.A. comunica eventuali circostanze che non consentono la liquidazione dell'Indennizzo.

Se è prevista la liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità permanente sotto forma di capitale e si verifica il decesso dell'Assicurato:

- a) se il decesso avviene per qualsiasi causa prima che Allianz S.p.A. ha potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente, gli eredi **devono fornire:**
- la documentazione medica indicata all'articolo 6.1 "Obblighi";
 - il certificato di morte dell'Assicurato;
 - l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi.

Dopo aver acquisito la documentazione sopra indicata Allianz S.p.A.:

- provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio" in base alla documentazione medica disponibile;
- s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.

Se l'Indennizzo viene quantificato in misura determinata o ufficialmente offerto Allianz S.p.A. liquida agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto** la dichiarazione di successione in cui risulta indicato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo che spetta per la prestazione Invalidità permanente da infortunio;

- b) se il decesso avviene per qualsiasi causa dopo che l'Indennizzo è stato quantificato in misura determinata o ufficialmente offerto, Allianz S.p.A. liquida agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto:**
- il certificato di morte dell'Assicurato;
 - l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi;
 - la dichiarazione di successione in cui risulta indicato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo che spetta per la prestazione Invalidità permanente da infortunio;

- c) i punti a) e b) del presente articolo non operano se il decesso dell'Assicurato avviene in conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio denunciato ed opera per l'Assicurato la garanzia Morte. In questo caso Allianz S.p.A. liquida ai Beneficiari solo la Somma assicurata per il caso Morte.

Quanto previsto dal presente articolo, ai punti a), b) e c), non si applica alla garanzia dell'articolo 2.4.1 "Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale al 66%".

La valutazione dell'Invalidità permanente e la liquidazione del relativo Indennizzo viene effettuata in Italia e in euro.

Condizioni di assicurazione

Art. 6.3 - Anticipo sull'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

L'Assicurato può richiedere ad Allianz S.p.A. la liquidazione di un anticipo sull'Indennizzo per Invalidità permanente nel caso di Infortunio il cui grado di invalidità può essere stimato da Allianz S.p.A. in misura non inferiore al 20%.

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

Quanto sopra non costituisce impegno di Allianz S.p.A. circa il grado percentuale definitivo di Invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo di Allianz S.p.A. sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio.

Art. 6.4 - Procedura per la valutazione del danno (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

L'ammontare del danno è concordato direttamente da Allianz S.p.A. o da un consulente medico da questa incaricato con l'Assicurato o persona da lui indicata.

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

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo è nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha 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 scelto, 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, in questo caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ASSISTENZA

Art. 6.5 - Obblighi

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

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

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 Ambito di rischio.

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

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP P&C S.A., rappresentanza generale per l'Italia
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 - 20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza non sono 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.

Condizioni di assicurazione

7. PREMIO

Art. 7.1 - Pagamento del premio

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto ed è comprensivo delle imposte.

È possibile chiedere il frazionamento mensile, trimestrale, semestrale con una maggiorazione del Premio, rispettivamente del 5,6%, 5% e 3%. In questo caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

Il Premio **deve essere pagato al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A.** ed è dovuto per l'intero periodo di assicurazione, anche se è frazionato in più rate.

Il Premio può essere pagato tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati ad Allianz S.p.A. oppure all'intermediario, espressamente in questa 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 come beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di **frazionamento mensile** il Premio può essere pagato **soltanto con procedura SDD o addebito su carta di credito** con le modalità che seguono:

- Procedura SDD
 - per la prima rata il Premio **deve essere pagato** con le modalità indicate ai punti 1, 2, 3;
 - dalla seconda rata in poi, il Premio **deve essere pagato con** procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare la procedura il Contraente **deve sottoscrivere specifica delega SDD** ad Allianz S.p.A. con cui la autorizza ad addebitare i premi sul conto corrente indicato nella delega.
- Addebito su carta di credito
 - per la prima rata il Premio **deve essere pagato con la carta di credito sulla quale il Contraente vuole attivare il pagamento ricorrente;**
 - dalla seconda rata in poi Allianz S.p.A., autorizzata dal Contraente, richiede il pagamento delle singole rate, di volta in volta e salvo buon fine.

Art. 7.2 - Adeguamento automatico annuale *(Valido solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

Le Somme/massimali assicurati, i limiti di indennizzo (non espressi in percentuale) e il **Premio**, previsti nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa**, della percentuale di variazione - **solo se superiore** - dell'indice ISTAT di riferimento (FOI-Prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati).

La variazione dell'indice ISTAT di riferimento è calcolata annualmente sulla base dello scostamento dell'indice rilevato il quarto mese antecedente a partire da quello di scadenza della rata annuale di Premio rispetto all'indice rilevato lo stesso mese dell'anno solare precedente.

Se l'indice ISTAT non è disponibile Allianz S.p.A. può utilizzare un indice equivalente, ossia un indice determinato da un terzo soggetto, pubblico o privato, indipendente da Allianz S.p.A., mediante criteri analoghi a quelli utilizzati dall'ISTAT ai fini della determinazione del FOI in termini di composizione del paniere di prodotti e di durata annuale del periodo di osservazione di cui sopra.

In tale eventualità Allianz S.p.A. deve darne avviso al Contraente.

Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti e indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito - con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - è determinato in base all'età dell'Assicurato.

Ad ogni scadenza annua, il Premio è aggiornato in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come riportato nella Scheda tecnica di Ambito stessa alla "Tabella premi imponibili annui".

Se è richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio l'articolo 7.2 "Adeguamento automatico annuale" i premi riportati nella tabella sopra indicata si adeguano in base alle regole indicate nello stesso articolo.

Art. 7.4 - Rimborso del premio in caso di recesso per sinistro

Se Allianz S.p.A. esercita il diritto di recesso per Sinistro previsto all'articolo 8.4 "Recesso in caso di Sinistro" Allianz S.p.A. rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al periodo di assicurazione non trascorso e non goduto.

Condizioni di assicurazione

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Art. 8.1a - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido nel caso di frazionamento diverso da mensile)*

La copertura assicurativa ha effetto dal giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio **se il Premio o la prima rata, in caso di frazionamento, sono stati pagati; altrimenti ha effetto dal giorno del pagamento.**

I premi devono essere pagati al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A. e sono dovuti per l'intero periodo di assicurazione anche se sono frazionati in più rate. Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive al primo pagamento, la copertura assicurativa, resta sospesa dal 31° giorno dopo quello della scadenza non pagata. La copertura ricomincia a operare dal giorno del pagamento, se durante la sospensione il Contraente paga i premi; in questo caso Allianz S.p.A. ha il diritto di chiedere il pagamento di tutti i premi scaduti e in scadenza, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

Art. 8.1b - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido solo nel caso di pagamento del premio mediante procedura SDD o carta di credito e frazionamento mensile)*

La copertura assicurativa ha effetto dal giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio **se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dal giorno del pagamento.**

Se il Contraente ha scelto, in accordo con Allianz S.p.A., la domiciliazione mensile dei pagamenti con addebito in conto corrente o su carta di credito, la domiciliazione degli addebiti si applica ai pagamenti successivi al primo ed in caso di variazione o cessazione dei rapporti di addebito, il Contraente deve avvisare subito Allianz S.p.A..

Il Premio è dovuto per l'intero periodo di assicurazione. In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo di questa viene riaddebitato su quella successiva e la copertura continua a operare.

La copertura assicurativa resta, invece, sospesa:

- 1) dal 31° giorno dopo quello della scadenza della seconda mensilità, in caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- 2) dalla prima scadenza mensile dopo la mancata comunicazione del Contraente di:
 - modifica o chiusura del rapporto di conto corrente;
 - chiusura del rapporto contrattuale con la società che fornisce la carta di credito utilizzata per il primo pagamento, a meno che l'addebito del Premio non venga autorizzato su eventuali altre carte di credito del Contraente fornite dalla stessa società.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa torna ad operare dal giorno in cui il Contraente paga direttamente al proprio intermediario assicurativo **tutte le mensilità scadute e non pagate**, più quelle mancanti a completamento del Premio previsto per l'intero periodo di assicurazione. Alla scadenza del periodo di assicurazione il contratto è risolto.

Art. 8.2a - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)*

La copertura assicurativa **scade l'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio; se il Contraente o Allianz S.p.A. non comunicano disdetta con lettera raccomandata almeno 15 giorni prima di questa scadenza, la copertura con durata non inferiore a un anno si rinnova automaticamente per un altro anno e così per gli anni che seguono.**

In caso di domiciliazione dei pagamenti su conto corrente o carta di credito, l'invio della disdetta, sia da parte del Contraente, sia da parte di Allianz S.p.A., comporta la revoca da parte di Allianz S.p.A. della delega di addebito sul rapporto di pagamento comunicato dal Contraente.

Art. 8.2b - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)*

La copertura assicurativa **scade l'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio; se il Contraente o Allianz S.p.A. non comunicano disdetta con lettera raccomandata almeno 15 giorni prima di questa scadenza, la copertura si rinnova automaticamente per un altro anno e così per gli anni che seguono.**

Se alla copertura è stata applicata la riduzione di Premio prevista dall'articolo 1899 codice civile, l'Assicurato - in caso di durata inferiore ai cinque anni - non ha facoltà di recedere dal contratto prima della scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. In caso, invece, di durata superiore ai cinque anni, il solo Assicurato ha la facoltà di recedere dal contratto a partire dalla fine del quinquennio - a mezzo lettera raccomandata- con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza del quinto anno o di ogni singola annualità successiva qualora eserciti tale facoltà negli anni successivi al quinto.

Se alla copertura non è stata applicata la riduzione di Premio prevista dall'articolo 1899 codice civile, solo l'Assicurato può recedere prima della scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, a mezzo di lettera raccomandata con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza di ogni periodo di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

Art. 8.3 - Deroga al tacito rinnovo (*Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

In deroga a quanto previsto dagli articoli 8.2a e 8.2b "Tacito rinnovo", la copertura assicurativa **non si rinnova automaticamente** alla scadenza e quindi, termina l'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio senza bisogno di comunicare disdetta.

In questo caso non si applica la proroga di copertura di 15 giorni, dopo la scadenza, prevista dall'articolo 1901 codice civile.

Art. 8.4 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato nei termini stabiliti dalle presenti Condizioni di assicurazione e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, **Allianz S.p.A. ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa con preavviso di 30 giorni. Resta fermo quanto previsto dal "Regolamento", richiamato all'articolo 1.2.** Nel caso di frazionamento mensile del Premio, il recesso ha effetto alla scadenza della prima mensilità di Premio successiva al preavviso di 30 giorni.

Anche l'Assicurato e il Contraente possono fare valere il diritto di recesso, ma solo nel caso in cui il Contraente faccia parte della categoria dei consumatori come definita dall'articolo 3 del D.Lgs 206/2005.

L'incasso dei premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro, o qualsiasi altro atto di Allianz S.p.A. non può essere interpretato come rinuncia di Allianz S.p.A. a fare valere il proprio diritto di recesso.

Art. 8.5 - Diritto di ripensamento

Il Contraente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa. Per farlo lo deve comunicare per iscritto ad Allianz S.p.A. e, se non lo fa, la copertura assicurativa opera per tutta la durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz S.p.A. rimborsa il Premio pagato e non goduto - al netto di imposte e contributi - **e trattiene solo la parte di Premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.**

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 9.1 - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

A parziale deroga di quanto disciplinato nelle presenti Condizioni di assicurazione, il Beneficiario delle Somme assicurate indicate per le garanzie:

- *Invalidità permanente da Infortunio*
- *Morte da Infortunio*
- *Diaria per Inabilità temporanea*
- *Capitale aggiuntivo in caso di Invalidità permanente maggiore o uguale al 40%*

se richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, è la Ditta Contraente.

La copertura assicurativa è stipulata dalla Ditta Contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni concordate, del danno economico che ad essa può derivare da sinistri subiti dalla persona assicurata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Pertanto si conviene che:

- i rapporti fra Allianz S.p.A. e la persona danneggiata si limitano all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno è effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- le indennità liquidate in base alle Condizioni di assicurazione sono versate unicamente alla Contraente che ne rilascia quietanza con pieno effetto liberatorio per Allianz S.p.A.. La Contraente soddisfa direttamente e sotto la propria responsabilità ogni pretesa o diritto dell'Assicurato o aventi causa e si impegna a manlevare Allianz S.p.A. da ogni richiesta o azione da chiunque avanzata per il Sinistro o per la copertura assicurativa.

L'Assicurato, con la sottoscrizione della presente Condizione di assicurazione nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra stabilito.

Art. 9.2 - Liquidazione della somma assicurata ai beneficiari in caso di Morte da infortunio (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

L'Assicurato, con la sottoscrizione della presente Condizione di assicurazione nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, manifesta il suo esplicito consenso a che la Somma assicurata per il caso Morte da Infortunio si liquidi ai Beneficiari indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Condizioni di assicurazione

Art. 9.3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Allianz S.p.A. assicura il rischio e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

Pertanto, il Contraente o l'Assicurato devono fornire ad Allianz S.p.A. informazioni precise e complete riguardo ai dati e alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio: **il mancato rispetto di questo obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione della copertura assicurativa, come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 codice civile.**

In caso di cessazione della copertura assicurativa, **Allianz S.p.A. può trattenere:**

- i premi già incassati,
- il premio per il periodo di assicurazione in corso,
- in caso di dolo o colpa grave, il Premio dovuto per il primo anno.

Art. 9.4 - Cambiamento delle attività professionali assicurate (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Il Contraente o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare immediatamente ad Allianz S.p.A. il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio che si verifica nel corso della copertura assicurativa.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:

- non determina aggravamento di rischio, la copertura assicurativa per la nuova attività dichiarata diviene valida dal giorno in cui viene fatta la comunicazione;
- **determina aggravamento di rischio, Allianz S.p.A. può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuova Scheda tecnica di Ambito di rischio, in sostituzione di quella in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dalla copertura assicurativa, ai sensi dell'art. 1898 codice civile.**

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non comunicano **ad Allianz S.p.A.** il cambiamento nel corso della copertura assicurativa delle attività professionali dichiarate, **in caso di Infortunio che avviene nello svolgimento della nuova attività:**

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

Attività dichiarate					
Attività svolte al momento del Sinistro	Classe	1	2	3	4
	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 nuova attività rientra tra quelle che seguono:**

- a. Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
- b. Attività circense
- c. Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- d. Collaudatore di veicoli/Istruttore di guida sportiva
- e. Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- f. Fantino/Driver (trotto)
- g. Guardia del corpo/Buttafuori
- h. Guida alpina
- i. 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
- j. Istruttore di corsi di sopravvivenza
- k. Palombaro/Sommozzatore/Sub professionista
- l. Speleologo
- m. Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

Per determinare il livello di rischio dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si fa riferimento alla specifica "Classificazione delle attività professionali" riportata nella sezione Allegati delle presenti Condizioni di assicurazione.

In caso di Attività professionale non riportata in tale classificazione, si utilizzano criteri di equivalenza e/o analogia a una delle attività elencate.

Art. 9.5 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Allianz S.p.A. 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.

Condizioni di assicurazione

Art. 9.6 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato devono **comunicare per iscritto ad Allianz S.p.A.** l'esistenza o la successiva sottoscrizione di altre coperture assicurative per lo stesso rischio disciplinato dalle presenti Condizioni di assicurazione e indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve **avvisare tutti gli assicuratori**, indicando a ognuno il nome degli altri, come previsto dall'articolo 1910 codice civile.

Art. 9.7 - Altre coperture di Assistenza con Allianz S.p.A.

Se l'Assicurato è titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze sottoscritte con Allianz S.p.A. e che operano al momento della sua richiesta, i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione si raddoppiano.

Art. 9.8 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare **comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.** di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati **da Allianz S.p.A. possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.**

Il Contraente o l'Assicurato devono **subito avvisare per iscritto Allianz S.p.A.** se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi ("*aggravamento del rischio*"). **Se non rispettano questo obbligo**, previsto dall'art. 1898 codice civile, **possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo.**

Art. 9.9 - Diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono **avvisare per iscritto Allianz S.p.A.** se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da diminuire la probabilità che l'evento dannoso si verifichi ("*diminuzione del rischio*").

In questo caso Allianz S.p.A. riduce il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'articolo 1897 codice civile.

Art. 9.10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali relativi alla Polizza, al Premio, agli Indennizzi, sono a carico del Contraente.

Art. 9.11 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

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

Art. 9.12 - Clausola broker (*Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Polizza*)

La gestione della presente copertura assicurativa è affidata alla società di brokeraggio indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Di conseguenza tutti i rapporti relativi alla copertura saranno svolti per conto del Contraente dalla società di brokeraggio.

Art. 9.13 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, vale la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

ALLEGATI

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE - Tabella A

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie indicate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e i criteri di corresponsione stabiliti dalle Condizioni di assicurazione - viene calcolata sulla Somma assicurata per Invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che si accerta facendo riferimento ai valori sotto elencati.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
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%
- la 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 di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del 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 entrambi 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%	

Condizioni di assicurazione

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO 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 indicate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e i criteri di corresponsione stabiliti dalle Condizioni di assicurazione - viene calcolata sulla Somma assicurata per Invalidità permanente totale 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 ad applicare la Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
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 (vedere relativa tabella)		
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		=
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:		

Condizioni di assicurazione

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

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

Condizioni di assicurazione

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
- Farmacia (titolare/addetto)
- 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 scolastico senza uso di palestra o laboratorio
- Logopedista
- Magistrato
- Notaio
- Parrucchiere - Perito elettronico - Perito ottico
- Studente

Rischi di categoria 2

- Accompagnatore/Guida turistica - Agricoltore proprietario o affittuario senza lavoro manuale - Allevatore proprietario senza lavoro manuale - Architetto che accede anche ad ambienti di lavoro - Avvocato
- Benestante senza altra attività professionale
- 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 e a 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'esterno o lavoro manuale - Infermiere - Ingegnere che accede anche ad ambienti di lavoro - Insegnante scolastico con uso di palestra o laboratorio - Istruttore di scuola guida
- Laccatore/verniciatore senza accesso a ponti e impalcature
- Massaggiatore - Mediatore di bestiame - Medico
- Odontotecnico - Orologiaio - Ostetrica - Ottico
- Pensionato - Perito Agrario - Perito danni di assicurazione - 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/motocarro senza carico e scarico escluso trasporto di esplosivi e merci pericolose
- Bracciante/salariato agricolo/Raccoglitore di frutta e ortaggi
- 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 - Facchino
- 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 - Magliaino - Marmista senza uso di macchine utensili - Meccanico - Mugnaio - Muratore senza accesso a ponti o impalcature
- Pulizia urbana (addetto)

Condizioni di assicurazione

- Orticoltore
- Pasticciere - Pellicciaio - Pizzaiolo - Portavalori - Pozzi neri e spurgo (addetto)
- Raccoglitore di frutta o ortaggi
- 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 - Motorista 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)