

INFORTUNI DELLA FAMIGLIA

Contratto di Assicurazione Infortuni

■ Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto ■

■ Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa ■



NOTA INFORMATIVA
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

Documento aggiornato a Settembre 2014

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Eventuali variazioni delle informazioni, non derivanti da innovazioni normative, contenute nel Fascicolo Informativo, successive alla conclusione del contratto potranno essere consultate sul Sito Internet della Società (www.hdiassicurazioni.it).

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**1. Informazioni generali**

Il contratto è concluso con HDI Assicurazioni S.p.A. (di seguito Società), Società con unico azionista, capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni". Sede Legale e Direzione Generale in Italia in Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma, - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 - C.F. e P. IVA 04349061004 - Sito Web: www.hdiassicurazioni.it - E-Mail: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato dell'8/6/1993, n. 19570 (G.U. 14/6/1993) ed iscritta al Registro delle Imprese di Roma al n. 7122/92, alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022, e all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto (così come risultante a seguito dell'approvazione del bilancio 2013) è di € 176,58 milioni, di cui per capitale sociale € 96 milioni interamente versato e per riserve patrimoniali € 80,58 milioni.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni al 31 dicembre 2013 è pari a 129,9% (l'indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato con o senza tacito rinnovo.

Avvertenza

Il contratto di durata non inferiore ad un anno, se stipulato con tacito rinnovo, in assenza di disdetta inviata dalle Parti mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente per un ulteriore anno, e così di seguito.

In caso di disdetta regolarmente inviata, o in caso di contratto stipulato senza tacito rinnovo, la garanzia cessa a tutti gli effetti alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del codice civile.

Si rinvia all'Art. 1.7 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede coperture assicurative in caso di infortuni. Sono effettivamente operanti solo le coperture assicurative per le quali sono richiamate nella scheda di polizza le relative somme e i relativi premi.

Garanzie Infortuni

Il contratto prevede, in caso di infortunio occorso all'Assicurato, le seguenti coperture assicurative, se e in quanto scelte dal Contraente:

- corresponsione di un capitale in caso di morte;
- corresponsione di un capitale in caso di invalidità permanente; il capitale sarà commisurato alla percentuale di invalidità accertata, previa detrazione di una franchigia ove prevista;
- corresponsione di una indennità giornaliera in caso di ricovero; l'indennità sarà corrisposta:
 - integralmente, per un periodo massimo di 365 giorni, in caso di ricovero;



- al 50%, per un periodo massimo di 365 giorni, in caso di Day Hospital o Day Surgery;
- al 50%, per un periodo massimo di 15 giorni, in caso di applicazione di punti di sutura;
- rimborso delle spese mediche sostenute, quali ad esempio quelle per il trasporto all'istituto di cura, le rette di degenza, gli onorari medici, la sala operatoria, i materiali di intervento, ecc..

Le somme assicurate si intendono ripartite, a seconda della formula assicurativa prescelta, o tra i componenti del nucleo familiare assicurato (Forma Nucleo Familiare), intendendosi per tale quello composto dal Contraente, dal coniuge o dal convivente more uxorio del Contraente e dai loro figli, purché conviventi al momento del sinistro e iscritti, unitamente al Contraente, in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia, o tra il Contraente e/o i suoi familiari nominativamente indicati in polizza (Forma Nominativa).

Si rinvia rispettivamente agli Artt. 2.8, 2.9, 2.10, 2.12, 2.13 e 2.14 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza

Limitazioni, esclusioni, sospensioni di garanzia, riduzione o mancato pagamento dell'indennizzo

- 1) *In caso di mancato pagamento del premio o delle rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento. Si rinvia all'Art. 1.3 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.*
- 2) *Il mancato rispetto dei termini di avviso di sinistro alla Società può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Si rinvia all'Art. 1.5 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.*
- 3) *La polizza prevede specifiche esclusioni, limitazioni o fattispecie di inassicurabilità. Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sieropositività HIV. Si rinvia agli Artt. 2.2, 2.4, 2.5, 2.6 e 2.7 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.*

Avvertenza

Franchigie, sottolimiti, limiti di durata o territoriali

Il contratto può prevedere franchigie, sottolimiti di somme assicurate, limiti di durata o territoriali operanti sempre o in determinate situazioni. Si rinvia agli Artt. 2.7, 2.9, 2.11, 2.12, 2.13, 2.14 e 2.17 ultimo comma delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie.

Infortuni

Tutte le Garanzie

La polizza, nel caso in cui si sia scelta la forma a nucleo familiare, copre gli appartenenti, non individuati nominativamente, ad un nucleo familiare, intendendosi per tale, come da definizione nel Glossario, esclusivamente quello composto dal Contraente, dal coniuge o dal convivente more uxorio del Contraente e dai loro figli, purché conviventi al momento del sinistro e iscritti, unitamente al Contraente, in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia.

Non sono pertanto assicurati altri parenti o affini, indipendentemente dal grado di parentela o di affinità, o altre persone in genere, anche qualora fossero conviventi con il Contraente ed iscritti, unitamente al Contraente stesso, in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia.

Perdono la qualifica di assicurati le persone che, pur precedentemente appartenenti al nucleo familiare come definito nel glossario, successivamente non siano più conviventi con il Contraente e non siano più iscritti, unitamente a lui, in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia.

Acquistano la qualifica di assicurati le persone che, non ancora appartenenti al nucleo familiare come definito nel glossario al momento della stipula della polizza, entrino a farne parte successivamente e risultino conviventi con il Contraente al momento del sinistro ed iscritti unitamente a lui in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia.

La polizza, nel caso in cui si sia scelta la forma nominativa, copre le persone elencate in polizza nell'apposito spazio.

Nel caso in cui il nucleo familiare assicurato o l'elenco delle persone assicurate, al momento del sinistro, risultasse composto da una sola persona, le somme assicurate e l'indennità giornaliera per ricovero si considerano ridotte della metà.



Garanzia Morte (Forma Nucleo Familiare)

Capitale assicurato per nucleo:	€ 150.000,00	
Numero dei componenti il nucleo al momento del sinistro:	3	
Capitale assicurato per la persona deceduta:	€ 50.000,00	
Liquidazione dell'indennizzo:	€ 50.000,00	da suddividere tra i beneficiari designati o, in mancanza di designazione, tra gli eredi in parti uguali

Garanzia Morte (Forma Nominativa)

Capitale assicurato:	€ 150.000,00	
Numero degli assicurati individuati:	2	
Capitale assicurato per la persona deceduta:	€ 75.000,00	
Liquidazione dell'indennizzo:	€ 75.000,00	da suddividere tra i beneficiari designati o, in mancanza di designazione, tra gli eredi in parti uguali

Garanzia Morte

Capitale assicurato:	€ 150.000,00	
Numero dei componenti il nucleo/degli Assicurati al momento del sinistro:	1	
Capitale assicurato per la persona deceduta (indipendentemente dalla forma scelta):	€ 75.000,00	
Liquidazione dell'indennizzo:	€ 75.000,00	da suddividere tra i beneficiari designati o, in mancanza di designazione, tra gli eredi in parti uguali

Garanzia Invalidità permanente (Forma Nucleo Familiare)

Capitale assicurato per nucleo:	€ 150.000,00	
Numero dei componenti il nucleo al momento del sinistro:	2	
Capitale assicurato per la persona Infortunata:	€ 75.000,00	
Franchigie operanti:	3% fino a	€ 50.000,00
	5% sulla parte di somma da € 50.000,00 fino a	€ 150.000,00
Percentuale di invalidità residua:	20%	
Liquidazione dell'indennizzo:	17% di € 50.000,00 =	€ 8.500,00
	15% di € 25.000,00 =	€ 3.750,00
	Totale indennizzo	€ 12.250,00

Garanzia Invalidità permanente (Forma Nominativa)

Capitale assicurato:	€ 200.000,00	
Numero degli assicurati individuati:	4	
Capitale assicurato per la persona Infortunata:	€ 50.000,00	
Franchigie operanti:	3% fino a	€ 50.000,00
Percentuale di invalidità residua:	15%	
Liquidazione dell'indennizzo:	12% di € 50.000,00 =	€ 6.000,00
	Totale indennizzo	€ 6.000,00



Indennità giornaliera per ricovero. Applicazione di punti di sutura (Forma Nucleo Familiare)

Giorni di ricovero in ospedale o casa di cura:	15 giorni		
Somma assicurata per nucleo:	€ 60,00		
Numero dei componenti il nucleo al momento del sinistro:	3		
Somma assicurata per la persona Infortunata:	€ 20,00		
Liquidazione dell'indennizzo:	15 di € 20,00 =		€ 300,00
	Totale indennizzo		€ 300,00

Garanzia Rimborso spese mediche (Forma Nominativa)

Massimale assicurato:	€ 3.000,00		
Numero degli assicurati individuati:	2		
Massimale assicurato per la persona infortunata:	€ 1.500,00		
Spese mediche sostenute (non conseguenti a ricovero o intervento chirurgico):	€ 600,00		
Sottolimite operante per spese di cui sopra:	€ 500,00		
Scoperto e franchigia	15% con il minimo di € 75,00		
Liquidazione dell'indennizzo:			€ 500,00
	Totale indennizzo		€ 500,00

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio**Avvertenza**

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato su circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, si può incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ovvero nella cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Si rinvia all'Art. 1.1 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

5. Premi

I premi devono essere pagati alle rispettive scadenze.

La Società o gli intermediari possono ricevere dal Contraente, a titolo di pagamento del premio:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

È ammesso il pagamento in denaro contante nei limiti consentiti dalle norme vigenti.

È possibile frazionare il pagamento dei premi, nel qual caso saranno applicati interessi di frazionamento nella misura del 3%, 4% e 5% rispettivamente per rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali, fermo l'obbligo di corrispondere l'intero premio relativo all'intera annualità assicurativa.

6. Diritto di recesso**Avvertenza**

È prevista la facoltà sia per il Contraente sia per la Società di recedere dal contratto in caso di sinistro. Si rinvia all'Art. 1.6 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

8. Legge applicabile al contratto

Il contratto è assoggettato alla legge italiana. Ai sensi dell'art. 180 del Decreto Legislativo n. 209/2005, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti



derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

10. Regime fiscale

Ai premi Infortuni si applica l'aliquota di imposta del 2,5%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

Il momento di insorgenza del sinistro è individuato nel momento in cui:

- *in caso di garanzia Morte o Invalidità permanente, l'Assicurato subisce un infortunio;*
- *in caso di garanzia Indennità giornaliera per ricovero o Rimborso spese mediche, l'Assicurato è ricoverato nell'istituto di cura.*

La denuncia del sinistro deve essere effettuata per iscritto entro 3 giorni da quando il Contraente o l'Assicurato ne hanno avuto conoscenza, come previsto dall'art. 1913 del codice civile. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società di effettuare indagini e accertamenti, ivi comprese visite mediche da parte di fiduciari, senza spese a carico dell'Assicurato o dei beneficiari stessi.

La denuncia di sinistro deve essere effettuata alla Società con le seguenti modalità:

A mezzo fax al numero verde:	800.60.61.61
A mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma
A mezzo posta elettronica, solo per i titolari di posta elettronica certificata (PEC) a:	sinistri@pec.hdia.it
Rivolgendosi alla propria Agenzia	
Per informazioni sui sinistri rivolgersi al numero:	800.23.31.20 oppure alla propria Agenzia

In caso di garanzia Rimborso spese mediche, l'indennizzo viene effettuato a cura ultimata.

Si rinvia all'Art. 1.5 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale e all'Art. 2.15 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a HDI Assicurazioni S.p.A. – Reclami – Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma, telefax 06 4210 3583, e-mail reclami@pec.hdia.it.

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

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e all'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente¹ chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta sempre salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

¹ Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm



13. Controversie – Arbitrato

Il contratto prevede la facoltà delle parti di ricorrere all'arbitrato di un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Si rinvia all'Art. 2.18 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza

Il ricorso all'arbitrato è facoltativo, in quanto è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

14. Informativa sull'attivazione dell'area web riservata

È possibile consultare online le informazioni relative al presente contratto accedendo all'Area Clienti dalla home page del sito www.hdiassicurazioni.it.

Le credenziali per l'accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta dell'Assicurato e/o del Contraente all'Intermediario assicurativo.

* * *

HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

HDI Assicurazioni S.p.A.
Il Legale Rappresentante
Alfonso Scarpa



GLOSSARIO

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Ambulatorio

La struttura od il centro medico attrezzato, regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione e il suo contenuto.

Beneficiario

Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Cartella clinica

Il documento ufficiale, avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Day Hospital/Day Surgery

La degenza diurna, anche non continuativa, con assegnazione di posto letto senza pernottamento, in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, documentata da cartella clinica, da cui risultino i giorni di effettiva degenza, e finalizzata all'erogazione di cure mediche e di trattamenti terapeutici o riabilitativi (Day Hospital) o finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici (Day Surgery) che per la loro natura e complessità necessitano di continua assistenza medica od infermieristica.

Franchigia/Scoperto

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato espressa in cifra fissa, in percentuale su una somma assicurata o in percentuale sull'ammontare del danno.

Gessatura

Applicazione di gesso o bende gessate, od immobilizzazione con tutori rigidi applicati e rimossi solo da parte di personale medico o paramedico specializzato, effettuata in istituto di cura od ambulatorio ed applicata a seguito di lesione accertata strumentalmente.

Indennizzo, indennità o rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, o alle altre cause espressamente previste all'Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario

Persona fisica o società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in istituto di cura od in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un intervento chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Invalità permanente

La perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.



Istituti di cura

Le strutture sanitarie pubbliche o le case di cura private regolarmente autorizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui hanno sede le strutture stesse.

Non si considerano "istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali.

Massimale

La somma per persona fino al cui limite la Società risponde in base all'assicurazione per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo.

Nucleo familiare

Il Contraente, il coniuge o il convivente more uxorio del Contraente e i loro figli, purché conviventi al momento del sinistro e iscritti, unitamente al Contraente, in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia.

Parti

Il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Pratica sportiva a livello dilettantistico

Esercizio di un'attività sportiva, anche a carattere agonistico e continuativo, per la quale non sia percepito un compenso monetario a titolo di corrispettivo delle prestazioni effettuate a favore di un qualsiasi ente sportivo. Ai fini della valutazione del carattere dilettantistico della pratica sportiva, non costituiscono compenso monetario i soli premi eventualmente previsti per i vincitori od i primi classificati in una competizione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Ricovero

La degenza comportante pernottamento in istituto di cura.

Rischio

La possibilità del verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Relativamente alla garanzia Rimborso spese mediche, per sinistro si intende il ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ovvero il ricorso ad accertamenti diagnostici o ad altre prestazioni mediche, terapeutiche od infermieristiche eventualmente previste, verificatosi durante il periodo di validità della polizza in conseguenza di uno degli eventi rientranti nella copertura assicurativa.

Più ricoveri o più degenze in Day Hospital od in Day Surgery, o più interventi, purché verificatisi nell'ambito dell'operatività e della durata della polizza, si considerano un solo sinistro se ricollegabili allo stesso infortunio.

Società

L'impresa assicuratrice, ovvero HDI Assicurazioni S.p.A.



■ **INFORTUNI DELLA FAMIGLIA**

■ **Condizioni di Assicurazione**

Documento aggiornato a Settembre 2014



■ INDICE

Parte Prima
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE _____ pag. 3

Parte Seconda
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI _____ pag. 4

Parte Terza
COMBINAZIONI DI GARANZIE E SOMME ASSICURATE _____ pag. 10

Parte Quarta
CONDIZIONI PARTICOLARI _____ pag. 12



PARTE PRIMA NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del codice civile.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

I premi devono essere pagati all'Ufficio di Rappresentanza o all'Agenzia cui è assegnata la polizza oppure alla Società. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

L'eventuale frazionamento del premio non esonera il Contraente dal pagamento dell'intero premio annuo da considerarsi a tutti gli effetti unico e indivisibile.

Art. 1.4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.5 - Obblighi in caso di sinistro (vedere anche Art. 2.15 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi)

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto all'Ufficio di Rappresentanza o all'Agenzia cui è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile.

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

Art. 1.6 - Recesso in caso di sinistro

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

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

L'eventuale pagamento di premi venuti a scadenza dopo il sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia delle Parti ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 1.7 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 1.8 - Oneri fiscali

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

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. La presente assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Art. 1.10 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.



PARTE SECONDA NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca:

- nello svolgimento di attività che non abbiano carattere di professionalità;
- nello svolgimento di lavori domestici;
- per i rischi della circolazione quali conducente o trasportato, ***purché la guida del veicolo non sia la specifica professione retribuita del soggetto assicurato***, fermo quanto disposto dall'Art. 2.2 – Esclusioni e dall'Art. 2.5 – Rischio della circolazione.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, ***con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini***;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, ***a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva***;
- j) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e di vegetali, ***escluse la malaria e le malattie tropicali***.

Art. 2.2 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) ***da attività professionali retribuite svolte dal Contraente e dalle persone assicurate;***
- 2) ***dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;***
- 3) ***dalla guida:***
 - a) ***di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B***, salvo quanto disposto dall'Art. 2.5 – Rischio della circolazione;
 - b) ***di macchine operatrici;***
 - c) ***di natanti a motore per uso non privato;***
 - d) ***di veicoli a motore all'interno di circuiti abilitati agli sport motoristici;***
- 4) ***dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro;***
- 5) ***dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di: aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio),*** salvo quanto disposto dall'Art. 2.6 - Rischio volo; ***mezzi subacquei;***
- 6) ***dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico;***
- 7) ***dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nella sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;***
- 8) ***dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni - e relative prove e allenamenti - organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi simili nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;***
- 9) ***da abuso di alcolici e/o psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;***
- 10) ***da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;***
- 11) ***da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;***
- 12) ***da guerra*** (salvo quanto disposto dall'Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero), ***insurrezioni, tumulti popolari, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;***
- 13) ***da servizio militare, da arruolamento volontario, da richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;***
- 14) ***da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali;***



- 15) *da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
- 16) *dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche, quando non siano utilizzate per fini pacifici.*

Art. 2.3 – Forme di garanzia e ripartizione delle somme assicurate

Così come risultante in polizza nell'apposito spazio, l'assicurazione è prestata nelle seguenti alternative forme:

A – Forma Nucleo Familiare

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dai componenti il nucleo familiare del Contraente.

In tale caso, le somme assicurate per ciascuna persona si determinano suddividendo i massimali e l'indennità giornaliera per ricovero per il numero delle persone risultanti dallo Stato di Famiglia del Contraente al momento del sinistro, con esclusione di quelle non assicurabili.

o in alternativa

B – Forma Nominativa

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dai familiari del Contraente nominativamente indicati in polizza.

In tale caso, le somme assicurate per ciascuna persona si determinano suddividendo i massimali e l'indennità giornaliera per ricovero per il numero delle persone indicate in polizza, con esclusione di quelle non assicurabili.

Nel caso in cui il nucleo familiare assicurato o l'elenco dei familiari assicurati, al momento del sinistro, risultasse composto da una sola persona, le somme assicurate e l'indennità giornaliera per ricovero si considerano ridotte della metà.

Art. 2.4 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società considera non assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sieropositività HIV, la Società stessa presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non soffrire di tali affezioni.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni nel corso del contratto costituisce un aggravamento del rischio per il quale la Società non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo; si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo del codice civile.

Art. 2.5 – Rischio della circolazione

A parziale deroga dell'Art. 2.2 – Esclusioni, numero 3), lettera a), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della guida di ciclomotori, motoveicoli, autovetture, camper e macchine agricole.

Relativamente agli infortuni causati dalla guida di veicoli o natanti, l'indennizzo sarà liquidato previa applicazione della franchigia di cui al successivo Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente.

Non sono pertanto applicabili alla presente estensione di garanzia, ancorché richiamate, le disposizioni di cui alla Condizione particolare CC – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente.

Esclusivamente per l'assicurazione infortuni delle persone trasportate su autoveicoli o su natanti guidati da una persona assicurata con la presente polizza, la garanzia è estesa agli ascendenti, discendenti e fratelli degli assicurati con la presente polizza, anche se non conviventi, nonché ai parenti e affini fino al terzo grado, se conviventi o se a carico in quanto uno degli assicurati provveda abitualmente al loro mantenimento.

Fermo l'obbligo del rispetto del numero dei trasportati previsto dalla carta di circolazione, in caso di sinistro che coinvolga anche o solo persone non appartenenti al nucleo familiare assicurato o non nominativamente indicate, ma comprese in garanzia per la suddetta estensione, tali persone saranno considerate, agli effetti della ripartizione delle somme assicurate, come componenti effettivi del nucleo familiare assicurato o nominativamente indicati in polizza.

Art. 2.6 – Rischio volo

Ferme le Norme che regolano l'assicurazione in generale, e a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.2 – Esclusioni, punto 5), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, *esclusi quelli effettuati:*

- *su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;*
- *su aeromobili di aeroclub;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo: deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*



Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero

L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 2.2 – Esclusioni, punto 12), vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (*esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino*) in un paese sino ad allora in pace, **con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.**

Art. 2.8 – Morte e morte presunta

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio**, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del codice civile). In caso di affondamento o naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (artt. 211 e 838 del codice della navigazione). Resta inteso che, se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

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

Art. 2.9 – Commorienza dei genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno assicurato con la presente polizza, che lascino uno o più figli minori o portatori di handicap con invalidità riconosciuta non inferiore al 50% della totale, la Società liquida a questi ultimi una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi per il caso di morte dei genitori. **In nessun caso, il maggior esborso a carico della Società potrà superare € 50.000,00 per ciascun genitore assicurato.**

Art. 2.10 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio.**

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori indicati nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa. In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai



valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 2.10 – Invalidità permanente, l'indennizzo definitivo sarà liquidato previa applicazione delle seguenti franchigie:

- ***sulla parte di somma assicurata fino a € 50.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 3% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 3% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;***
- ***sulla parte di somma assicurata eccedente € 50.000,00 e fino a € 150.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;***
- ***sulla parte di somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità.***

Art. 2.12 – Indennità forfetaria per perdita anno scolastico

In caso di infortunio che comporti l'impossibilità, da parte dell'Assicurato, di frequentare le lezioni di un corso di studio (istruzione primaria o secondaria) per un numero di giorni che, a norma delle disposizioni vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponde un'indennità forfetaria pari all'1% della somma assicurata per l'Invalidità permanente, entro il limite di € 500,00 per sinistro.

Il diritto all'indennità deve essere comprovato, oltre che dalla certificazione medica relativa all'infortunio, da specifica documentazione, rilasciata dall'Istituto scolastico frequentato, attestante che la perdita dell'anno scolastico è stata determinata esclusivamente dal numero di giorni di assenza a causa dell'infortunio stesso.

Art. 2.13 – Indennità giornaliera per ricovero. Applicazione di punti di sutura

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, e se dipendenti da questo, l'assicurazione vale per:

- a) il ricovero;
- b) il Day Hospital;
- c) il Day Surgery;
- d) applicazione di punti di sutura.

La Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e ***per la durata massima di 365 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;***
- in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, ***nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;***
- in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, ***nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro.***
- in caso di applicazione di punti di sutura in istituto di cura o in ambulatorio, in conseguenza di un infortunio, la Società corrisponderà all'Assicurato per ogni giorno di permanenza anche di un solo punto di sutura e ***fino ad un massimo di 15 giorni, un'indennità giornaliera pari al 50% di quella assicurata per ricovero.***

Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro.

Art. 2.14 – Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato, e rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:

- A) il trasporto dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, al posto di Pronto Soccorso od all'ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
- B) ***in caso di ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, gessatura o frattura ossea:***
 - 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento ***fino ad un massimo di € 3.000,00 per sinistro;***
 - 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital, l'intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, la gessatura o la frattura ossea;



- 4) rette di degenza;
 - 5) materiale di cura e medicinali prescritti dai sanitari;
 - 6) accertamenti radiografici e radioscopici, visite specialistiche, esami ed analisi in genere e relativi ticket;
 - 7) apparecchi gessati e tutori;
 - 8) trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura, dal posto di Pronto Soccorso o dall'ambulatorio ad altro Istituto di cura od al domicilio dell'Assicurato, reso necessario dalle sue condizioni di salute, **entro il limite del 20% del massimale indicato in polizza**;
 - 9) terapie fisiche e cure termali prescritte dai sanitari (*escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera*);
- C) in caso di sinistro che non comporti ricovero, né Day Hospital, né intervento chirurgico anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, né gessatura, né frattura ossea, le spese di cui alle precedenti lettere A) e B), numeri 5 e 6, **entro il limite di € 500,00 per sinistro**;
- D) in caso di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, le spese di cui alla precedente lettera B), numeri da 1 a 6;
- E) **fino al 10% della somma indicata in polizza**, le spese sostenute dopo la cessazione del ricovero, del Day Hospital o rese necessarie dall'intervento chirurgico anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, gessatura o frattura ossea, per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, effettuati nei trenta giorni successivi.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata all'Assicurato, o ai suoi beneficiari in caso di morte, **previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati, e con deduzione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 75,00 per ogni sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato.**

Sono rimborsabili le spese sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio.

Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Art. 2.15 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.5 - Obblighi in caso di sinistro, **la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata dal certificato medico, dal certificato anagrafico di stato di famiglia (se la garanzia è prestata nella Forma Nucleo Familiare), nonché da atto notorio comprovante il diritto al risarcimento in base all'estensione alle persone trasportate su autoveicoli o su natanti guidati da un Assicurato, di cui all'Art. 2.5 – Rischio della circolazione.**

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 2.16 – Criteri di indennizzabilità

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.10 – Invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.17 – Criteri di liquidazione

Nei casi di ricovero, Day Hospital o Day Surgery, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e l'esito dell'infortunio, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza in regime di Day Hospital o Day Surgery.

In caso di applicazione di punti di sutura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato **previa presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura o dall'ambulatorio attestante le date di applicazione e di rimozione dei punti.**

Il giorno di applicazione e quello di rimozione dei punti sono complessivamente indennizzati per un solo giorno.

Nel caso in cui l'Assicurato, al momento del sinistro, abbia compiuto il 75° anno di età, l'assicurazione è prestata con l'applicazione delle seguenti limitazioni e franchigie:

- a) **le somme assicurate per tutte le garanzie si intendono ridotte del 50%;**
- b) **le franchigie sulla invalidità permanente di cui all'Art. 2.11 si intendono raddoppiate;**
- c) **non sono operanti eventuali altre Condizioni Particolari, ancorché richiamate.**

Art. 2.18 – Controversie

In caso di:

- divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei Criteri di indennizzabilità previsti dal precedente Art. 2.16;



- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;

le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

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

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

Art. 2.19 – Rinuncia al diritto di surrogazione

Limitatamente alle garanzie Morte, Morte presunta e Invalidità Permanente, Indennità giornaliera per ricovero di cui ai precedenti Artt. 2.8, 2.9, 2.10 e 2.13, la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 2.20 – Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del codice civile.



PARTE TERZA COMBINAZIONI DI GARANZIE E SOMME ASSICURATE

*Gentile Cliente,
allo scopo di favorirLe la scelta della Sua copertura assicurativa, indichiamo qui di seguito alcune delle combinazioni possibili.
Se non trovasse quella desiderata, saremo lieti di illustrarLe tutte le altre combinazioni disponibili.
Grazie.*

A. Garanzie Morte e Invalidità Permanente

	Morte	Invalidità Permanente	Premio annuo
	<i>Somme assicurate</i>		
A1	70.000	70.000	70,00
A2	100.000	100.000	100,00
A3	125.000	125.000	125,00
A4	150.000	150.000	150,00
A5	175.000	175.000	175,00
A6	200.000	200.000	200,00
A13	<i>Combinazione personalizzata</i>		

B. Garanzie Morte, Invalidità Permanente e Indennità giornaliera per ricovero

	Morte	Invalidità Permanente	Indennità Giornaliera	Premio annuo
	<i>Somme assicurate</i>			
B1	50.000	50.000	30,00	65,00
B2	75.000	75.000	45,00	97,50
B3	100.000	100.000	60,00	130,00
B4	125.000	125.000	75,00	162,50
B5	150.000	150.000	90,00	195,00
B6	175.000	175.000	105,00	227,50
B7	200.000	200.000	120,00	260,00
B13	<i>Combinazione personalizzata</i>			



C. Garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese Mediche

	Morte	Invalidità Permanente	Rimborso Spese Mediche	Premio annuo
	<i>Somme assicurate</i>			
C1	60.000	60.000	1.000,00	73,00
C2	75.000	75.000	1.500,00	94,50
C3	100.000	100.000	2.000,00	126,00
C4	120.000	120.000	2.500,00	152,50
C5	150.000	150.000	3.000,00	189,00
C6	180.000	180.000	3.500,00	225,50
C7	200.000	200.000	4.000,00	252,00
C13	<i>Combinazione personalizzata</i>			

D. Garanzie Morte, Invalidità Permanente, Indennità giornaliera per ricovero e Rimborso Spese Mediche

	Morte	Invalidità Permanente	Indennità Giornaliera	Rimborso Spese Mediche	Premio annuo
	<i>Somme assicurate</i>				
D1	50.000	50.000	30,00	1.000,00	78,00
D2	75.000	75.000	45,00	1.500,00	117,00
D3	100.000	100.000	60,00	2.000,00	156,00
D4	125.000	125.000	75,00	2.500,00	195,00
D5	150.000	150.000	90,00	3.000,00	234,00
D6	175.000	175.000	105,00	3.500,00	273,00
D7	200.000	200.000	120,00	4.000,00	312,00
D13	<i>Combinazione personalizzata</i>				



PARTE QUARTA
CONDIZIONI PARTICOLARI
(valide soltanto se espressamente richiamate)

AA – Sport svolti sotto l’egida delle Federazioni

A parziale deroga di quanto disposto dall’Art. 2.2 – Esclusioni, punto 8), l’assicurazione, *limitatamente ai soli casi di morte e invalidità permanente e con il massimo di € 100.000,00 per sinistro e per anno assicurativo, nonché al caso rimborso spese mediche entro il limite di € 500,00 per sinistro*, vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione, in qualità di tesserati, *purché a livello dilettantistico*, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni od Enti similari nei seguenti sport:

- baseball;
- calcio (compreso calcio a cinque e simili);
- ciclismo;
- pallacanestro;
- pallamano;
- pallanuoto;
- pallavolo;
- sci di fondo.

Non sono applicabili alla presente estensione di garanzia, ancorché richiamate, le disposizioni di cui alle condizioni particolari CC – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente e DD – Franchigia assorbibile sulla invalidità permanente.

A parziale deroga dell’Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente, primo alinea, e limitatamente agli infortuni ammessi al risarcimento in forza della presente estensione di garanzia, *l’indennizzo sarà liquidato previa applicazione di una franchigia del 5% anziché del 3%.*

BB – Indennità giornaliera per gessatura o frattura ossea

Qualora sia operante la garanzia di cui all’Art. 2.13 – Indennità giornaliera per ricovero. Applicazione di punti di sutura, la Società corrisponderà l’indennità giornaliera indicata in polizza:

- in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e *per la durata massima di 30 giorni per evento. Il giorno di rimozione della gessatura o del tutore non è indennizzabile;*
- in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritta dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso e *per la durata massima di 20 giorni per evento.*

L’indennità giornaliera per gessatura o frattura ossea non è cumulabile con l’Indennità giornaliera per ricovero. Applicazione di punti di sutura, di cui all’Art. 2.13.

Fermo quanto disposto dall’Art. 1.5 – Obblighi in caso di sinistro e dall’Art. 2.15 – Denuncia dell’infortunio e oneri relativi, nel caso di gessatura, il pagamento dell’indennizzo viene effettuato previa presentazione della documentazione medica necessaria per la determinazione del giorno dell’applicazione della gessatura e della sua rimozione nonché della documentazione clinica strumentale attestante la lesione che ha reso necessaria la gessatura.

Nel caso di frattura ossea che non comporti gessatura, il pagamento dell’indennizzo viene effettuato previa presentazione del referto comprovante la frattura e del certificato del medico con la prescrizione dei giorni di prognosi.

CC – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell’Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente, si conviene che:

- sulla parte di somma assicurata non eccedente € 50.000,00 l’indennizzo per invalidità permanente sarà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 50.000,00 e fino a € 150.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l’indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, l’indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità.*



DD – Franchigia assorbibile sulla invalidità permanente

In deroga all'Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente, *l'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente sarà liquidato sulla base della seguente tabella:*

Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
<i>fino a 5</i>	<i>0</i>	19	20	33	46	47	74
6	1	20	22	34	48	48	76
7	2	21	23	35	50	49	78
8	4	22	25	36	52	50	80
9	5	23	26	37	54	51	82
10	7	24	28	38	56	52	84
11	8	25	30	39	58	53	86
12	10	26	32	40	60	54	88
13	11	27	34	41	62	55	90
14	13	28	36	42	64	56	92
15	14	29	38	43	66	57	94
16	16	30	40	44	68	58	96
17	18	31	42	45	70	59	98
18	19	32	44	46	72	60 e oltre	100

EE – Deroga al patto di tacita proroga

In deroga all'Art. 1.7 – Proroga dell'assicurazione, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

