

INFORTUNI SMART

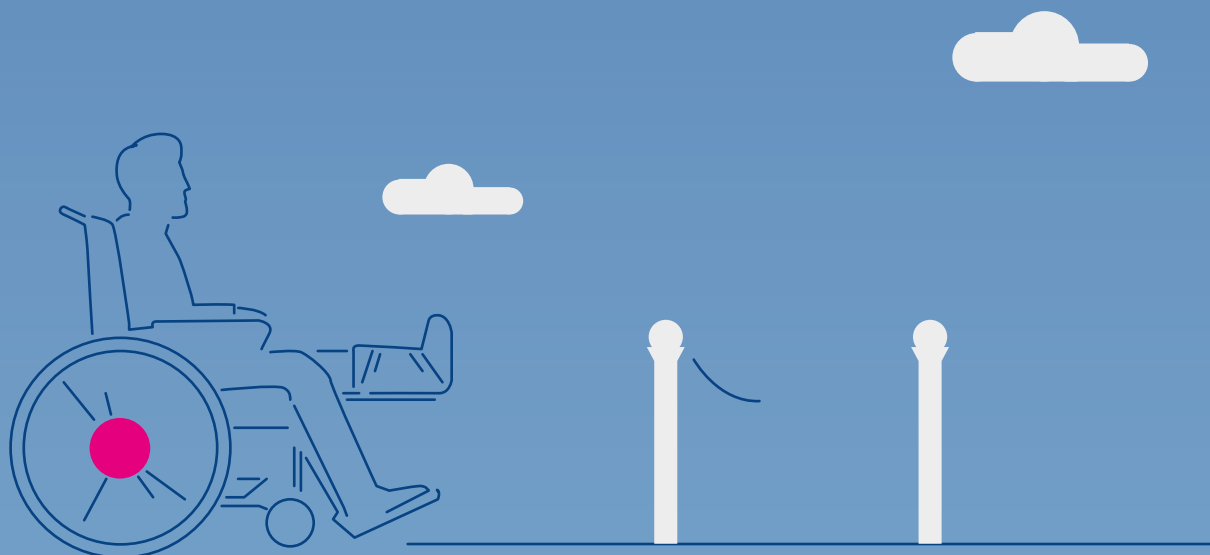
L'assicurazione per la tutela della persona

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Edizione 12/2019

Le presenti Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario devono essere consegnate al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP e il DIP AGGIUNTIVO.



Redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazione Consumatori – Associazione Intermediari per Contratti semplici e chiari del 6 febbraio 2018

Gruppo assicurativo Bene

INFORTUNI SMART
PERSONA

MOBILITÀ

ATTIVITÀ

INDICE DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO	pag. 1 di 4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	pag. 1 di 43
CAPITOLO 1 – INFORTUNI	pag. 7 di 43
• <i>Delimitazione del Rischio</i>	<i>pag. 7 di 43</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 8 di 43</i>
• <i>Garanzia Base Morte</i>	<i>pag. 10 di 43</i>
• <i>Garanzia Base Invalidità permanente</i>	<i>pag. 11 di 43</i>
• <i>Altre prestazioni sempre operanti</i>	<i>pag. 12 di 43</i>
• <i>Pacchetto Serenità</i>	<i>pag. 13 di 43</i>
• <i>Garanzie Aggiuntive</i>	<i>pag. 14 di 43</i>
• <i>Operatività Garanzie Prestate</i>	<i>pag. 16 di 43</i>
• <i>Tabelle</i>	<i>pag. 17 di 43</i>
CAPITOLO 2 – MALATTIA	pag. 26 di 43
• <i>Delimitazione del Rischio</i>	<i>pag. 26 di 43</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 26 di 43</i>
• <i>Prestazioni</i>	<i>pag. 27 di 43</i>
• <i>Operatività Garanzie Prestate</i>	<i>pag. 28 di 43</i>
CAPITOLO 3 – TUTELA LEGALE	pag. 29 di 43
• <i>Oggetto dell'Assicurazione</i>	<i>pag. 29 di 43</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 30 di 43</i>
CAPITOLO 4 – ASSISTENZA	pag. 31 di 43
• <i>Prestazioni</i>	<i>pag. 31 di 43</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 35 di 43</i>
CAPITOLO 5 - NORME PER LA LIQUIDAZIONE SINISTRI	pag. 37 di 43
• <i>Norme relative al Capitolo 1 Infortuni</i>	<i>pag. 37 di 43</i>
• <i>Norme relative al Capitolo 2 Malattia</i>	<i>pag. 39 di 43</i>
• <i>Norme relative al Capitolo 3 Tutela Legale</i>	<i>pag. 41 di 43</i>
• <i>Norme relative al Capitolo 4 Assistenza</i>	<i>pag. 43 di 43</i>
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI	pag. 1 di 5
RIFERIMENTI UTILI	pag. 1 di 1

GLOSSARIO

Ai seguenti termini la Società ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente il seguente significato:

Abuso di psicofarmaci:	l'assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione o contratto:	il Contratto di Assicurazione.
Attività professionale:	l'attività svolta dall'Assicurato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.
Beneficiario:	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la Somma Assicurata per il caso di morte.
Circolazione:	il movimento del veicolo, ivi compresa la sosta e la fermata dello stesso.
Contraente:	il soggetto (esclusivamente persona fisica) che stipula il Contratto di Assicurazione e che paga il Premio.
Convalescenza:	il periodo di tempo successivo al Ricovero, Day hospital, Day surgery, immobilizzazione, prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio. ^[1] _[SEP]
Day hospital:	la degenza in Istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Day surgery:	la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico, documentata da cartella clinica.
Ebbrezza alcolica:	la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro.
Farmaco psicotropo:	il farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni Sinistro rimane a carico dell'Assicurato.
Frattura:	l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di Infortunio, della capacità dell'Assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in Polizza. ^[1] _[SEP]
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro. ^[1] _[SEP]

Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	l'epoca in cui ha inizio la Malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.
Intermediario:	il soggetto che esercita regolarmente l'attività di cui all'art. 106 del Codice delle Assicurazioni.
Intervento chirurgico:	l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera Intervento chirurgico altresì la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità Permanente:	la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.
Istat:	Istituto Nazionale di Statistica.
Istituto di cura:	l'ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche. ^{[1][2]} _[SEF]
Malattia:	ogni obiettivabile alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia/Invalidità coesistenti:	le Malattie o Invalidità presenti nel soggetto che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla Invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattia/Invalidità concorrenti:	le Malattie o Invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla Invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Manifestazione:	l'epoca in cui si manifesta la Malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.
Massimale/Somma assicurata:	massima esposizione della Società per Sinistro e per anno assicurativo.
Mezzi di contenzione:	gli apparecchi ortopedici, inamovibili per prescrizione medica, costituiti da fasce gessate o altri mezzi comunque immobilizzanti, fissi e rigidi, applicati in Istituti di cura o comunque da medici, atti a favorire il processo di guarigione di Fratture ossee, lesioni e/o distorsioni capsulo legamentose causate da Infortunio. S'intendono esclusi i fissatori esterni e i mezzi di osteosintesi.
Nucleo Familiare:	l'insieme delle persone che compongono il nucleo familiare del Contraente secondo quanto risulta dallo stato di famiglia, o che in forza di un rapporto personale con il Contraente, duraturo, documentato e socialmente acclarato, sono con lui stabilmente conviventi.

Polizza:	il documento che prova il Contratto di Assicurazione.
Premio:	la somma che il Contraente deve alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione.
Questionario sanitario:	il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della Polizza. Deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, sottoscritto dall'Assicurato (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso alla Società, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il Sinistro.
Rottura sottocutanea dei tendini:	la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo.
Sci acrobatico:	l'attività sciistica svolta attraverso l'esecuzione di salti, difficoltà di percorso e varie figure coreografiche.
Sci estremo:	lo sci eseguito su lunghe e ripide piste in terreni pericolosi con inclinazione superiore a 40° (quaranta) o con passaggi impervi, comprese tutte le attività eseguite fuori pista.
Sforzo:	l'atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	Bene Assicurazioni S.p.a.
Termine di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Ubriachezza:	la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

GLOSSARIO valido per il solo Capitolo 3 - TUTELA LEGALE

In aggiunta al glossario valido per il Contratto in generale

Arbitrato:	è una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.
Assistenza/ Fase stragiudiziale:	è l'attività che viene svolta tentando una mediazione tra le parti, al fine di comporre bonariamente una controversia ed evitare quindi il

	ricorso al giudice.
Danno extracontrattuale:	è il danno ingiusto derivante da un fatto illecito; tipicamente è il danno subito alla persona o a cose in conseguenza di un comportamento colposo di altre persone. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'evento dannoso.
Fatto illecito:	qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico, fuori delle ipotesi di inadempimento contrattuale.
Insorgenza (del Sinistro):	il momento nel quale inizia la violazione anche presunta di una norma di legge o di contratto. Ai fini della validità delle garanzie contenute nel Capitolo 3 Tutela Legale, questo momento deve essere successivo a quello di perfezionamento della polizza e, se il comportamento contestato è continuato, si prende in considerazione la prima violazione. Più semplicemente, l'insorgenza non è il momento nel quale inizia la controversia o il procedimento, ma quello in cui si verifica la violazione che determina la controversia o il procedimento stesso.
Spese di soccombenza:	sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti.
Transazione:	accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già insorta o ne prevengono una che potrebbe nascere.
Vertenza di natura contrattuale:	controversia insorta a seguito del mancato rispetto, da una delle parti, di un obbligo derivante da accordi, patti o contratti.

GLOSSARIO valido per il solo Capitolo 4 - ASSISTENZA

In aggiunta al glossario valido per il Contratto in generale

Struttura Organizzativa:	La struttura IMA Servizi S.c.a r.l. costituita da medici, tecnici e operatori in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni previste in Polizza
---------------------------------	---

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Art. 1) Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del Rischio:** le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'Assicurato o del Contraente, rese al momento della stipula del Contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare, in caso di Sinistro, la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- Art. 2) Decorrenza della garanzia:** l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno del pagamento effettivo. Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 (ventiquattro) del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. In caso di frazionamento mensile del premio (che è soggetto a preventivo benessere dalla Società) è operante anche quanto previsto all'Art. 3)
- Art. 3) Pagamento del Premio:** il Premio o la prima rata di Premio deve essere pagato all'atto della stipula della Polizza; il pagamento delle rate successive alla prima deve essere eseguito entro le scadenze fissate, secondo le vigenti disposizioni normative e contrattuali. In caso di frazionamento mensile del premio, qualora il pagamento dei premi delle rate successive alla prima non sia stato effettuato nei termini previsti, al momento del pagamento dei premi scaduti dovranno essere pagate anche le rate di premio non ancora scadute, sino a completamento dell'annualità.
- Art. 4) Altre assicurazioni:** ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile, l'Assicurato o il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per il medesimo Rischio.
Vi è esonero dalla predetta comunicazione relativamente:
- alle altre assicurazioni stipulate dal datore di lavoro, se diverso dal Contraente, in adempimento a contratti collettivi nazionali od integrativi aziendali;
 - alle altre assicurazioni operanti in base alla titolarità di carte di credito, di conti correnti bancari, di mutui o finanziamenti, o derivanti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.
- Art. 5) Forma delle comunicazioni:** tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti nel corso della Polizza, **devono essere fatte con lettera raccomandata alla Direzione della Società oppure all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza.**
- Art. 6) Modifiche dell'assicurazione:** le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere richieste con una comunicazione scritta – da effettuarsi anche per il tramite dell'Intermediario – e risultare da un apposito documento firmato dal Contraente e dalla Società.
- Art. 7) Aggravamento del rischio:** l'Assicurato o il Contraente devono dare immediata comunicazione scritta alla Società di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del Rischio e che possano comportare l'aggravamento del Rischio stesso. **Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma**

dovuta in caso di Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Resta inteso che costituisce aggravamento del Rischio l'insorgenza nel corso dell'Assicurazione di diabete in terapia con insulina nonché delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessie.

Art. 8) Diminuzione del rischio: l'Assicurato o il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del Rischio e che possano comportare la diminuzione del Rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del Rischio, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il Premio o le rate di Premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.

Art. 9) Recesso in caso di Sinistro: dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente - qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 3 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 206/2005 (c.d. Codice del Consumo) - e la Società hanno la facoltà di recedere dal Contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata a.r. od anche mediante P.E.C. all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it. In tal caso il recesso ha effetto dal 30° (trentesimo) giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. Ricevuta la comunicazione, la Società mette a disposizione del Contraente, entro 30 (trenta) giorni, la parte di Premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto. L'eventuale incasso dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro non può mai essere inteso come rinuncia alla facoltà di recesso.

Qualora la Polizza sia di durata poliennale e preveda l'Indennità giornaliera per ricovero da Malattia, la Società rinuncia alla facoltà di esercitare il recesso per Sinistro.

Art. 10) Durata e Proroga dell'Assicurazione/Termini di disdetta/: l'Assicurazione ha durata di 1 (uno) anno salvo quanto successivamente specificato. Pertanto, ove la legge o il Contratto facciano riferimento al "periodo di Assicurazione" esso deve intendersi coincidente ad un'annualità. In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un altro anno e così - di volta in volta - per gli anni successivi al secondo. Se la Polizza è stata stipulata per un periodo inferiore ad un anno o è stata prevista la non rinnovabilità, la stessa cessa alla scadenza prevista in Polizza senza alcun obbligo di disdetta; se invece è stata stipulata per una durata superiore all'anno, ma inferiore a 5 (cinque) anni, le Parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale.

Qualora la Polizza sia stata stipulata, ai sensi dell'art. 1899 secondo comma del Codice Civile, con durata quinquennale senza possibilità di recesso, a fronte di una riduzione del Premio annuale pari al 5% (cinque per cento), alla scadenza dei 5 (cinque) anni il Contraente potrà disdettare il contratto inviando una comunicazione con preavviso di 30 (trenta) giorni. In mancanza di disdetta il contratto si intenderà prorogato per un'ulteriore annualità e così, successivamente, di anno in anno, fermo restando il diritto di disdetta del Contraente con preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza di ogni singola annualità. In ogni caso, se nella Polizza è indicato "NO" alla casella "Tacito rinnovo", quanto sopra previsto non opera e l'Assicurazione si intende cessata alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 11) Contratti a distanza - diritto di recesso: il Contraente, a norma dell'articolo 67 *duodecies* del D. Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo) e successive modifiche ed integrazioni, qualora il Contratto sia stato collocato a distanza, ha diritto di recedere entro 14 (quattordici) giorni successivi alla data di conclusione, senza dover indicare il motivo. Per esercitare tale diritto, il Contraente deve rivestire la qualifica di "Consumatore" (secondo la definizione di cui all'articolo 67 *ter* comma 1 lett.

d) ed articolo 3 comma 1 lettera a) del D.Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo) e successive modifiche ed integrazioni) e **deve inviare, prima dello scadere di detto termine di 14 (quattordici) giorni, una dichiarazione espressa a mezzo lettera raccomandata a.r. all'indirizzo della Società, od anche mediante P.E.C. all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it, con la quale richiede l'esercizio di tale diritto di recesso e conferma l'assenza di Sinistri.** A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta che, per legge, resta a suo carico. Ai sensi dell'art. 67 *terdecies* comma 1 del D.Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo), resta comunque alla Società la frazione di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Il diritto di recesso non produce effetto qualora sia già avvenuto un Sinistro prima della ricezione da parte della Società della relativa comunicazione o alla data stessa della ricezione. In tali casi, la Società si riserva di tutelare i propri diritti nei confronti del Contraente.

Art. 12) Limiti di età: se la Società non è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima in Polizza o in eventuali atti di variazione successivi, **l'Assicurazione cessa alla scadenza del periodo di assicurazione successivo al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno d'età.**

L'eventuale incasso dei Premi, scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 13) Oneri fiscali: gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 14) Foro competente: il Foro competente è quello determinabile ai sensi e per l'effetto delle norme in materia previste dal Codice di Procedura Civile.

Art. 15) Rinvio alle norme di legge: per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di diritto italiano applicabili al Contratto.

Art. 16) Onere della prova: l'Assicurato è esonerato dal provare che il Sinistro non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dall'Assicurazione.

Art. 17) Assicurazione per conto altrui: se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal Contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 18) Rinuncia al diritto di surrogazione: la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio, **fatta eccezione per il caso di rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato stesso in base al disposto degli artt. 1.15 (Rimborso spese di adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave), 1.16 (Rimborso spese di adeguamento autovetture per Invalidità Permanente grave) e 1.21 (Rimborso spese di cura) delle Condizioni Generali di Assicurazione,** se operanti.

Art. 19) Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte: nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei Premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- **il Contraente si obbliga a consegnare** loro, prima dell'adesione alla Polizza, **le Condizioni di Assicurazione;**
- gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Società,

entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sull'Assicurazione.

Art. 20) Persone non assicurabili: premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso della Polizza, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale Indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Società mette a disposizione del Contraente, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate, e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della Polizza ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 21) Persone assicurabili: sono assicurabili esclusivamente il Contraente (che deve essere una persona fisica) e le persone facenti parte del suo Nucleo Familiare; in ogni caso ciascun assicurato deve avere, al momento della sottoscrizione della polizza, non più di 70 anni compiuti.

Resta fermo il limite d'età, in corso di contratto, previsto all'art. 12 (Limiti di età).

Sono assicurabili esclusivamente le persone residenti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, come previsto anche dagli artt. 1.24 e 2.4 (Validità territoriale dell'assicurazione).

Art. 22) Indicizzazione (da ritenersi operativo se contrassegnata la relativa casella sul frontespizio di polizza): le Somme assicurate, i Massimali, i Premi ed i limiti di Indennizzo espressi in cifra assoluta sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività - Servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento del Contratto per indicizzazione avviene con le seguenti modalità:

a) alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'Indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente a quello della sua data di decorrenza (Indice di riferimento iniziale);

b) se tra l'Indice del mese di giugno dell'anno precedente la scadenza di una rata annuale e l'Indice di riferimento iniziale si è verificata una variazione, le Somme assicurate, i Massimali, i Premi ed i limiti di Indennizzo espressi in cifra assoluta vengono aumentati o ridotti in uguale misura a partire dalla scadenza stessa.

Nel caso di eventuale ritardo della pubblicazione dell'Indice, la Società effettuerà l'adeguamento sulla base dell'ultimo Indice disponibile su base annuale; nel momento in cui l'ISTAT riprenderà la regolare pubblicazione dell'indice, i successivi adeguamenti del Contratto avverranno secondo le modalità previste ai punti a) e b).

Qualora, per effetto della presente clausola, nel tempo le Somme assicurate, i Massimali, i Limiti di Indennizzo ed il Premio risultassero aumentati del 50% (cinquanta per cento) rispetto a quelli iniziali, è facoltà del Contraente rinunciare all'indicizzazione mediante comunicazione raccomandata da inviarsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale. In tal caso la clausola cessa di validità ed il Contratto prosegue con Somme assicurate, Massimali, limiti di Indennizzo e Premio risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Le disposizioni del presente articolo non sono valide per l'assicurazione Assistenza e Tutela Legale.

Art. 23) Mediazione obbligatoria: l'art. 5 comma 1 *bis* del D. Lgs. 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dall'art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, indica quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria in materia di contratti assicurativi il ricorso alla mediazione. Il procedimento deve essere incardinato con apposita domanda da

depositare presso un Organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. Il Contraente o l'Assicurato potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale della Società mediante missiva spedita a mezzo raccomandata a.r. o mediante P.E.C. all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it.

Art. 24) Modifiche delle informazioni contenute nel Set Informativo: la Società si impegna a pubblicare sul proprio sito Internet www.bene.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel Set Informativo non derivanti da innovazioni normative. **Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dal Contraente e/o dagli Assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.**

DISPOSIZIONI VALIDE ESCLUSIVAMENTE PER LE ASSICURAZIONI CUMULATIVE

Art. 25) Variazione delle persone assicurate: l'Assicurazione vale per le persone designate in Polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto illustrato e dedotto nell'Assicurazione stessa.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate alla Società oppure all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza.

1. La Società, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità delle persone da includere, provvede a sostituire la Polizza;

2. **L'Assicurazione rispetto alle nuove persone assicurate vale dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di perfezionamento della nuova Polizza, con pagamento dell'eventuale maggior Premio che risulti dovuto. La cessazione della copertura per i singoli Assicurati deve essere idoneamente documentata e accettata dalla Società e, se non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di Premio a partire dalla scadenza del periodo di assicurazione successiva alla data di comunicazione, previa sostituzione della Polizza.**

Art. 26) Variazione nella persona del Contraente: il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati ai vincoli derivanti dall'Assicurazione fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione gli effetti della Assicurazione proseguono con riguardo all'erede o agli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

Ove il Contraente sia un'impresa, individuale o in forma di società, in caso di alienazione dell'azienda o di alienazione di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, **il Contraente medesimo, fermo l'onere del pagamento del Premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere efficace l'Assicurazione per la parte che lo riguarda**, mentre, in caso di fusione della società, gli effetti della Assicurazione proseguono con riguardo alla società incorporante o alla nuova società costituita. **Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, gli effetti della Assicurazione proseguono con riguardo alla società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.** Inoltre, in caso di scioglimento della società o di sua messa in liquidazione, l'Assicurazione continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate alla Società oppure all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, dal Contraente, dai suoi eredi o comunque dai suoi aventi causa.

Art. 27) Responsabilità del Contraente (valido per il Capitolo 1 Infortuni): poiché la presente Assicurazione è stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del Sinistro, si conviene che, qualora l'infortunato o, in caso di morte, i Beneficiari di cui ai punti a) b) di cui all'art. 1.9 (Morte) delle Condizioni Generali di Assicurazione - o soltanto qualcuno di essi - non accettino, a completa tacitazione per l'Infortunio, l'Indennizzo dovuto ai sensi della presente Polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, **detto Indennizzo, nella sua totalità, viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente**

fosse tenuto a corrispondere all'esito di una sentenza passata in giudicato o di una transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti Beneficiari rinuncino all'azione di responsabilità civile dopo averla esercitata, o rimangano in essa soccombenti, l'Indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

CAPITOLO 1 - INFORTUNI

1

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 1.1 Rischio assicurato: l'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle Attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono considerati Infortuni anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione oppure da assorbimento o inalazione di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
- 3) gli avvelenamenti del sangue – escluso il virus H.I.V., salvo quanto disposto dall'art. 1.22 (Contagio da H.I.V.) delle presenti Condizioni – **sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;**
- 4) la folgorazione;
- 5) l'annegamento;
- 6) l'assideramento od il congelamento;
- 7) i colpi di sole o di calore;
- 8) le conseguenze fisiche di interventi chirurgici o di trattamenti resi necessari da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- 9) le infezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti o aracnidi, **con esclusione della malaria, delle malattie tropicali e di quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, nonché le conseguenze delle punture di zecca;**
- 10) le ustioni provocate da animali o vegetali;
- 11) le lesioni muscolari determinate da sforzo;
- 12) le ernie addominali determinate da sforzo;
- 13) le rotture sottocutanee dei tendini causate da sollecitazione, **limitatamente a quanto previsto all'art. 1.13 (Rotture sottocutanee dei tendini) delle presenti Condizioni, con esclusione di ogni altra prestazione prevista dalla presente Polizza.**

Sono compresi in garanzia anche gli Infortuni:

- 14) sofferti in stato di malore o in stato di incoscienza;
- 15) subiti in occasione di immersioni con autorespiratore, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua **ma escluse tutte le lesioni all'organo dell'udito, purché effettuate sotto la guida dell'istruttore subacqueo ed esclusivamente durante la partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello.**

Art. 1.2 Rischio volo: l'Assicurazione è operante per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei di turismo, di trasferimento e di trasporto pubblico effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **salvo quanto indicato al punto 4) dell'art. 1.7 (Rischi esclusi) delle presenti Condizioni.** 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.

L'Assicurazione non è operante nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 1.3 Infortuni causati da colpa grave: a parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile, l'Assicurazione è operante per gli Infortuni causati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

Art. 1.4 Infortuni causati da tumulti popolari, guerra e insurrezione: a parziale deroga dell'art.1912 del Codice Civile, l'Assicurazione è operante per gli Infortuni causati da:

- a) tumulti popolari e atti di terrorismo **ai quali l'Assicurato non abbia partecipato in modo**

volontario;

b) guerra o insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino, per un massimo di 14 (quattordici) giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

Art. 1.5 Infortuni causati da calamità naturali: a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, limitatamente ai soli casi di morte ed Invalidità Permanente, l'Assicurazione è operante per gli Infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni **sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori della regione ove si trova il comune dove è fissata la sua residenza.**

L'Assicurazione è prestata nel limite del 50% (cinquanta per cento) della Somma assicurata con il massimo di € 100.000 (eurocentomila) per persona assicurata e con una Franchigia del 10% (dieci per cento) per il caso di Invalidità Permanente, indipendentemente dai criteri di liquidazione operanti in Polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale Franchigia più elevata, qualora operante.

L'Assicurazione non è operante nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 1.6 Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive: fatto salvo quanto indicato ai punti 14), 15) e 16) dell'art. 1.7 (Rischi esclusi) delle presenti Condizioni, l'Assicurazione è operante per gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport (comprese le relative prove ed allenamenti) svolti a livello ricreativo, aziendale e/o interaziendale, e/o durante la partecipazione a competizioni effettuate sotto l'egida di Federazioni o Associazioni sportive, **con esclusione degli Infortuni conseguenti alla pratica di sport professionistici e comunque quando l'Assicurato svolga detta attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.**

Tuttavia, per le attività sportive di seguito indicate:

- a) calcio, calcetto;**
- b) ciclismo;**
- c) equitazione;**
- d) ginnastica (artistica e trampolino);**
- e) pallacanestro;**
- f) pallavolo, beach-volley;**
- g) sci alpino (slalom);**
- h) sci alpino (discesa).**

Per gli Infortuni verificatisi in occasione di competizioni (comprese le relative prove e allenamenti) connesse agli sport di cui alle precedenti lettere b (ciclismo), c (equitazione), h (sci alpino – discesa), l'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente o di morte viene liquidato in misura pari alla metà di quello che sarebbe ordinariamente dovuto a termini di Polizza.

Art. 1.7 Rischi esclusi: sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni causati:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore.** L'Assicurazione vale tuttavia per il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti necessari per il rinnovo. L'Assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo deriva in modo diretto ed esclusivo dalle conseguenze dell'Infortunio stesso;
- 2) dalla guida di natanti a motore per uso non privato.** L'Assicurazione vale tuttavia qualora la guida di detti natanti costituisca per l'Assicurato Attività professionale, principale o secondaria, dichiarata;
- 3) dalla guida e/o uso di mezzi subacquei;**
- 4) dalla guida e/o uso, anche come passeggero, di:**
 - aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
 - aeromobili di aeroclub;**
 - apparecchi per il volo da diporto o sportivi, ultraleggeri o deltaplani;**
- 5) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante sotto l'effetto di Farmaci psicotropi salvo**

- se assunti a scopo terapeutico;**
- 6) **dalla partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi da lui commessi o tentati;**
 - 7) **da Ebbrezza alcolica, se alla guida di natanti o di qualsiasi mezzo di locomozione, e in ogni caso da Ubriachezza, da Abuso di psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti od allucinogeni o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
 - 8) **da guerra e insurrezioni**, salvo quanto disposto dall'art. 1.4 (Infortuni causati da tumulti popolari, guerra e insurrezione) delle presenti Condizioni;
 - 9) **da movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni**, salvo quanto disposto dall'art. 1.5 (Infortuni causati da calamità naturali) delle presenti Condizioni;
 - 10) **da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche** (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
 - 11) **dalla partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie**, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
 - 12) **dalla partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo Stato Italiano fuori dai confini di quest'ultimo.**

Sono altresì esclusi gli Infortuni causati dalla pratica:

- 13) **di sport costituenti per l'Assicurato Attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;**
- 14) **di sport comportanti l'uso e/o la guida di veicoli o natanti a motore** (salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura) **e di sport aerei in genere** (e quindi anche volo con deltaplano, ultraleggero, parapendio ed altri simili);
- 15) **dei seguenti sport:**
 - **alpinismo con scalate di difficoltà fino al grado III U.I.I.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) effettuate isolatamente o con scalate di grado U.I.I.A. superiore al III comunque effettuate;**
 - **arrampicata libera (free climbing);**
 - **arti marziali in genere;**
 - **atletica pesante (sollevamento pesi, pugilato e lotta nelle sue varie forme);**
 - **biathlon e triathlon (ironman);**
 - **downhill;**
 - **football americano;**
 - **hockey (nelle sue varie forme);**
 - **immersioni con autorespiratore, salvo quanto disposto al punto 15) dell'art. 1.1 (Rischio assicurato) delle presenti Condizioni;**
 - **jumping, bungee jumping;**
 - **kayak, canoa fluviale;**
 - **kitesurfing;**
 - **pugilato;**
 - **rafting, torrentismo, hidrospeed;**
 - **regate veliche in alto mare comunque effettuate;**
 - **rugby;**
 - **salto dal trampolino con sci o idrosci;**
 - **Sci acrobatico, sci alpinismo, Sci estremo, snowkiting, snowrafting, snowboard estremo;**
 - **skateboard;**
 - **slittino, bob, bob-sleigh, skeleton;**
 - **speleologia.**

Sono infine esclusi:

- 16) **gli infarti**, da qualsiasi causa determinati;
- 17) **le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;**
- 18) **le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, chimiche o biologiche.** Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche;
- 19) **le ernie non traumatiche**, fatta eccezione per quelle indicate al punto 12) dell'art. 1.1 (Rischio assicurato) delle presenti Condizioni;

- 20) **gli Infortuni subiti in stato di detenzione conseguente a condanna dell'Assicurato;**
- 21) **gli Infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Assicurato.**

Art. 1.8 Massimo esborso: nel caso di un unico evento che provochi l'Infortunio di più persone assicurate con la Società, **l'esborso massimo complessivo a carico di quest'ultima non può comunque superare l'importo di € 3.000.000 (eurotre milioni).** Qualora gli Indennizzi liquidabili a sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

PRESTAZIONI

GARANZIE BASE

Art. 1.9 Morte:

a) Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, 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 di Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità Permanente.

b) Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, in applicazione di quanto previsto dall'art. 60, comma 3) e art. 62 del Codice Civile o dall'art. 211 del Codice della Navigazione e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarata la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la Somma assicurata per il caso di morte. **Se dopo il pagamento dell'Indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato per la restituzione della somma corrisposta.**

c) Commorienza genitori

Qualora in seguito ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza e determinato dal medesimo evento consegua la morte, anche non contestuale, dell'Assicurato e dell'altro genitore – assicurato o meno per il caso di morte – lasciando figli minori di anni 18 (diciotto) o, anche se maggiorenni, purché conviventi, con handicap – intendendosi per tali le persone riconosciute con Invalidità Permanente non inferiore al 66% (sessantasei per cento) –, la Somma assicurata per il caso di morte spettante a tali figli, se ed in quanto Beneficiari della Polizza, viene aumentata del:

- 1) 50% (cinquanta per cento) con il massimo di € 150.000 (eurocentocinquantamila) per persona deceduta, se entrambi i genitori erano assicurati per il caso di morte con la presente Polizza;
- 2) 100% (cento per cento) con il massimo di € 150.000 (eurocentocinquantamila), se soltanto uno dei genitori era assicurato per il caso di morte con la presente Polizza. In questo caso il genitore non assicurato per il caso di morte è equiparato, ai fini dell'indennizzabilità del Sinistro, all'altro genitore.

L'Assicurazione non è operante per il rischio volo di cui all'art. 1.2 (Rischio volo) delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

d) Morte subita a seguito di rapina, estorsione o sequestro

La Società corrisponde l'Indennizzo, dovuto a termini di Polizza, maggiorato del 50% (cinquanta per cento), qualora in seguito ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza conseguente a rapina o tentata rapina, estorsione, sequestro o tentativo di sequestro messi in atto nei confronti dell'Assicurato, all'Assicurato medesimo derivi la morte.

La maggiorazione non può superare la somma di € 150.000 (eurocentocinquantamila) e non è in ogni caso cumulabile con quella prevista dal precedente punto c (Commorienza genitori).

Art. 1.10 Invalidità Permanente: se l'Infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della Polizza, la Società corrisponde un Indennizzo determinato secondo i seguenti criteri:

- A) se l'Infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera Somma assicurata;
- B) se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva parziale, l'Indennizzo per Invalidità Permanente viene calcolato sulla Somma assicurata (ferma l'applicazione delle Franchigie previste in Polizza), in proporzione al grado di Invalidità Permanente che va accertata facendo riferimento ai valori indicati nella Tabella dei valori di menomazione riportata in Appendice (operativa quella indicata sul frontespizio di polizza);
- C) in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente;
- D) **se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante, si fa riferimento ai criteri qui di seguito indicati:**
 - 1. nel caso di:
 - a) minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo;
 - b) menomazioni non elencate nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante;**le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;**
 - 2. nel caso di menomazioni di uno o più 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 totale dell'arto stesso;**
 - 3. **nel caso in cui l'Invalidità Permanente non sia determinabile** sulla base dei valori elencati nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante, **la stessa viene determinata facendo riferimento ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;**
- E) la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella Tabella dei valori di menomazione contrattualmente operante e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100% (cento per cento);**
- F) **per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procede alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto della eventuale applicazione di presidi correttivi;**
- G) **per le ernie addominali da sforzo, anche se bilaterali, non risultanti operabili secondo parere medico, la percentuale di Invalidità Permanente accertata non può essere superiore al 10% (dieci per cento). In tal caso la garanzia decorre dal 181° (cento ottantunesimo) giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione;** nel caso la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra assicurante la medesima garanzia, il termine di 181 (cento ottantuno) giorni opera dalla data di effetto:
 - 1) della precedente Polizza, per le somme da quest'ultima previste;
 - 2) della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme da quest'ultima previste;per eventuali controversie circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è demandata al Collegio medico di cui all'art. 5.10 (Controversie - Arbitrato irrituale) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 1.11 Calcolo dell'Indennizzo Invalidità Permanente con supervalutazione – franchigia assorbibile 3% (condizione h5): fatto salvo quanto indicato all'Art. 1.6 (Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive) delle medesime Condizioni, l'Indennizzo per Invalidità Permanente viene calcolato sulla Somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertata secondo le percentuali corrispondenti esposte nella seguente tabella:

Grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata	grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata	grado di Invalidità accertato	% da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	18	18	35	55
2	0	19	19	36	58
3	0	20	20	37	61
4	1	21	22	38	64
5	2	22	24	39	67
6	3	23	26	40	70
7	4	24	28	41	73
8	5	25	30	42	76
9	6	26	32	43	79
10	7	27	34	44	82
11	8,5	28	36	45	85
12	10	29	38	46	88
13	11,5	30	40	47	91
14	13	31	43	48	94
15	15	32	46	49	97
16	16	33	49	da 50 a 100	doppio del grado di I.P. accertato
17	17	34	52		

ALTRE PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI COLLEGATE ALLE GARANZIE BASE

Art. 1.12 Sfregi e deturpazioni al viso di carattere estetico: in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, la Società rimborsa, **fino ad un massimo di € 3.000 (eurotremila)**, le spese documentate sostenute dall'Assicurato, **non altrimenti contrattualmente rimborsabili**, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica od estetica.

Art. 1.13 Rotture sottocutanee dei tendini: in caso di Rotture sottocutanee dei tendini non dovute ad eventi traumatici e causate da sollecitazione, indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivo, la Società liquida, **con il massimo di euro 5.000 (cinquemila) per Sinistro e per anno assicurativo**, i relativi esiti con un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente **in base alle seguenti percentuali di Invalidità accertata**, senza applicazione delle Franchigie previste in Polizza:

- **tendini del bicipite brachiale** 4%
- **tendine del quadricipite femorale** 4%
- **tendine d'Achille** 4%
- **ogni altro tendine** 2%

L'Assicurazione decorre dal **181° (cento ottantunesimo) giorno successivo a quello di decorrenza**; nel caso la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra assicurante questa stessa garanzia, **il termine di 181 (cento ottantuno) giorni opera dalla data di effetto**:

- della precedente Polizza, per le somme da quest'ultima previste;
- della presente Polizza limitatamente alle maggiori somme da quest'ultima previste.

PACCHETTO SERENITÀ

(garanzie del pacchetto operative se richiamato sul frontespizio di polizza)

Art. 1.14 Infortuni subiti a seguito di rapina, estorsione o sequestro: la Società corrisponde l'Indennizzo, dovuto a termini di Polizza, maggiorato del 50% (cinquanta per cento), qualora in seguito ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza conseguente a rapina o tentata rapina, estorsione, sequestro o tentativo di sequestro messi in atto nei confronti dell'Assicurato, quest'ultimo riporti un'Invalidità Permanente di grado superiore al 10% (dieci per cento). **La maggiorazione non può superare la somma di € 100.000 (eurocentomila) e non sarà applicata laddove il grado di invalidità superi il 50%.**

Art. 1.15 Rimborso spese adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave: in caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'art. 1.10 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 66% (sessantasei per cento), accertata secondo i criteri stabiliti dal predetto articolo, la Società rimborsa, fino a concorrenza del 5% (cinque per cento) della Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente, **con il massimo di € 10.000 (eurodiecimila) per Sinistro**, le spese sostenute dall'Assicurato per l'adeguamento dell'abitazione ove quest'ultimo ha il proprio domicilio:

- 1) per eliminare le barriere architettoniche in essa presenti;
- 2) per acquistare:
 - strumentazioni tecnologiche e informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;
 - ausili, attrezzature e arredi personalizzati per migliorare la fruibilità della propria abitazione;
 - attrezzature tecnologiche per svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nella propria abitazione quando non sia possibile svolgerle all'esterno e per tutto ciò che risulti necessario a risolvere problemi di comunicazione, mobilità e autonomia (incluse soluzioni di domotica) dell'Assicurato, divenuto disabile.

Art. 1.16 Rimborso spese adeguamento o sostituzione autovetture per Invalidità Permanente grave: in caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'art. 1.10 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 66% (sessantasei per cento), accertata secondo i criteri stabiliti dal predetto articolo, e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento e/o personalizzazione o sostituzione in riferimento alla disabilità riportata, la Società rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute entro un anno dal giorno dell'Infortunio denunciato per tali adattamenti o sostituzione.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del 5% della Somma assicurata per Invalidità Permanente, **con il massimo di € 5.000 (eurocinquemila) per Sinistro.**

Art. 1.17 Indennità aggiuntiva danno alla vita di relazione: in caso di Infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'art. 1.10 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 15% (quindici per cento) della totale, la Società corrisponde un importo pari al 10% (dieci per cento) dell'Indennizzo di Invalidità Permanente, **fino ad un massimo di € 10.000 (eurodiecimila).**

Art. 1.18 Fondo istruzione: in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, che comporti una Invalidità Permanente, di cui all'art. 1.10 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale oppure la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde un Indennizzo di € 10.000 (eurodiecimila), qualora l'Assicurato stesso abbia figli conviventi a carico che non abbiano ancora iniziato la scuola dell'obbligo oppure, essendo studenti, non abbiano ancora terminato la frequenza di scuole italiane di istruzione primaria e secondaria.

Art. 1.19 Perdita anno scolastico: la Società corrisponde un Indennizzo di € 2.000 (eurodue mila) qualora, in conseguenza di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza che comporti una Invalidità Permanente di cui all'art. 1.10 (Invalidità Permanente) delle presenti Condizioni, l'alunno Assicurato, di età inferiore a 20 (venti) anni, abbia riportato lesioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico.

L'Indennizzo spetta a condizione che la mancata ammissione alla classe superiore riguardi la frequenza di scuole primarie e secondarie di I e II grado, italiane, comunitarie o straniere presenti sul territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

GARANZIE AGGIUNTIVE

Art. 1.20 Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza:

a) Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni per Ricovero**. L'indennità pattuita viene corrisposta a partire dal primo giorno di Ricovero; **la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione.**

b) Day hospital, Day surgery

Qualora l'Istituto di cura eroghi le proprie prestazioni a favore dell'Assicurato in regime di Day hospital o Day surgery, **la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata** per il caso di Ricovero, di cui al punto a) che precede, **ridotta del 50%** (cinquanta per cento) a partire dal primo giorno di Day hospital o di Day surgery.

Detta indennità viene corrisposta unicamente a condizione che il trattamento sia di durata superiore a 3 (tre) giorni consecutivi (fatta eccezione per i giorni festivi), come risultante dalla documentazione prodotta dall'Istituto di cura stesso.

c) Ricoveri rilevanti

In caso di degenza conseguente ad un Ricovero "rilevante", l'indennità giornaliera assicurata per il caso di Ricovero, di cui al punto a) che precede, viene aumentata del 50% (cinquanta per cento). **La maggiorazione non può superare la somma di € 100 (eurocento).**

I "ricoveri rilevanti", purché conseguenti a Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, sono quelli determinati da:

- 1) interventi per l'asportazione o trapianto di organi;
- 2) inserimenti di artro-protesi dei grandi segmenti articolari, intendendosi per tali gli arti superiori (braccio e avambraccio con le relative articolazioni: spalla, gomito e polso) e gli arti inferiori (coscia e gamba con le relative articolazioni: coxo-femorale, ginocchio e tibio-tarsica).

d) Contemporaneo Ricovero dei coniugi

Qualora, a seguito di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza causato da un medesimo evento, risultino ricoverati l'Assicurato e il coniuge (o il convivente more uxorio), a condizione che quest'ultimo non sia assicurato per il caso di Ricovero con la Società, l'indennità giornaliera dovuta all'Assicurato, in base al disposto del punto a) che precede, si intende maggiorata, per tutti i giorni di contemporaneo Ricovero, della misura del 100% (cento per cento). **La maggiorazione non può superare la somma di € 100 (eurocento).**

Tale maggiorazione non è cumulabile con il caso Ricoveri "rilevanti" di cui al punto c) che precede.

e) Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital, Day surgery

In caso di Ricovero di cui al punto a) o di Day hospital, Day surgery di cui al punto b) che precedono, indennizzabili a termini di Polizza, la Società corrisponde, per la successiva Convalescenza, un'indennità giornaliera d'importo pari al 50% (cinquanta per cento) di quella assicurata per il Ricovero e per un numero di giorni pari a quello indicato nella prognosi rilasciata dall'Istituto di cura al momento della dimissione dell'Assicurato.

Qualora all'Assicurato venga prognosticato un ulteriore periodo di Convalescenza, la Società corrisponde l'indennità giornaliera nella stessa misura prevista al paragrafo che precede e per ciascun giorno di degenza domiciliare prescritta. **La durata**

massima di tale ulteriore periodo non può superare il 50% (cinquanta per cento) del numero di giorni prognosticati all'Assicurato al momento della dimissione dall'Istituto di cura.

In ogni caso, il numero di giorni complessivo di riconoscimento dell'indennità stessa non può essere superiore al triplo dei giorni della degenza ospedaliera o del Day hospital o del Day surgery con il limite massimo di 60 (sessanta) giorni per Infortunio e per anno assicurativo.

Art. 1.21 Rimborso spese di cura: la Società rimborsa, fino a concorrenza del Massimale assicurato, le spese sostenute in conseguenza diretta dell'Infortunio dall'Assicurato per:

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) le prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di protesi di ogni genere);
- c) **fino a concorrenza del 20% (venti per cento) del Massimale assicurato:**
 - i medicinali;
 - i trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **purché prescritti dal medico specialista** (con specializzazione relativa al tipo di Infortunio denunciato) **o dal Pronto Soccorso ed effettuati entro la data di stabilizzazione dei postumi dell'Infortunio stesso;**
- d) il trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'Istituto di Cura o ambulatorio, o da un Istituto di cura o ambulatorio all'altro e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato **fino a concorrenza del 5%** (cinque per cento) **del Massimale assicurato;**

nonché, in caso di Ricovero, Day hospital, Day surgery e/o di Intervento chirurgico ambulatoriale, le spese per:

- e) le rette di degenza;
- f) gli onorari dei medici curanti e dell'équipe chirurgica;
- g) i diritti di sala operatoria;
- h) i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al sinistro);
- i) l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche, **per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni e fino a concorrenza del 5% (cinque per cento) del Massimale assicurato.**

Art. 1.22 Contagio da H.I.V (valido se operante l'art. 1.21 – Rimborso spese di cura): a parziale deroga dell'art. 20 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione, in caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati, resa necessaria da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del Ricovero, la Società corrisponde un Indennizzo di € 10.000 (eurodiecimila).

L'Indennizzo non è riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché quelle già sieropositive al momento del Sinistro.

Art. 1.23 Accompagnatore (valido se operante l'art. 1.20 – Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery, Convalescenza): in caso di Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, di un Assicurato minore di anni 15 (quindici), la Società corrisponde una indennità giornaliera d'importo pari al 50% (cinquanta per cento) di quella assicurata per il Ricovero di cui al punto a) dell'art. 1.20 (Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza) delle presenti Condizioni, per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nel medesimo Istituto di cura e nello stesso periodo, **fino a un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero e di 90 (novanta) giorni per anno assicurativo.**

L'Indennizzo è cumulabile con quello previsto dall'art. 1.20 (Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital, Day surgery e Convalescenza) delle presenti Condizioni.

OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE PRESTATE

Art. 1.24 Validità territoriale dell'assicurazione: l'Assicurazione vale per il mondo intero ed esclusivamente per Assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.25 Attività diverse da quelle dichiarate: fermo il disposto degli artt. 1 (Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del rischio), 7 (Aggravamento del rischio), 8 (Diminuzione del rischio) delle Condizioni Generali di Assicurazione e dell'art. 1.7 (Rischi esclusi) delle presenti Condizioni, **se nel corso di validità dell'Assicurazione si verifica un cambiamento dell'Attività professionale dell'Assicurato dichiarata in Polizza, in caso di Sinistro l'Indennizzo viene corrisposto:**

- 1) integralmente, se la diversa attività rientra comunque tra quelle di cui all'elenco previsto nella "Tabella delle Attività";
Per la classificazione di attività eventualmente non specificate nella citata Tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata;
- 2) **senza corresponsione di alcun indennizzo** qualora l'Attività professionale svolta al momento dell'Infortunio non rientri nell'elenco previsto nella "Tabella delle Attività" o non sia possibile equipararla utilizzando criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata in tale tabella.

Tabella A) - valori di menomazione per accertamento del grado di Invalidità Permanente

L'Indennizzo è calcolato – ferme le Franchigie operanti – sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente in proporzione al grado di Invalidità accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale di: un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange ungueale del pollice	9%
una falange di un altro dito della mano	1/3 del valore del dito
Anchilosi:	
• della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
Paralisi completa:	
• del nervo radiale	35%
• del nervo ulnare	20%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
• al di sopra della metà della coscia	70%
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12° dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
• un orecchio	10%

• ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Tabella B maggiorata - valori di menomazione per accertamento del grado di Invalidità Permanente

L'Indennizzo è calcolato – ferme le Franchigie operanti – sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente in proporzione al grado di Invalidità accertata in base ai valori previsti dalla tabella INAIL di cui all'Allegato n.1 del Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (qui di seguito riportata), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

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%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%
Perdita del braccio:	
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%
b) per amputazione al terzo superiore	80%
Perdita:	
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%
- di tutte le dita della mano	65%
- del pollice e del primo metacarpo	35%
- totale del pollice	28%
- totale dell'indice	15%
- totale del medio	12%
- totale dell'anulare	8%
- totale del mignolo	12%
- della falange ungueale del pollice	15%
- della falange ungueale dell'indice	7%
- 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%
- 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%
b) in pronazione	35%
c) in supinazione	45%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%

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

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

1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.

4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.

5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%

di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
inferiore a 3/10	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.

TABELLA DELLE ATTIVITÀ

Le tabelle indicano la classificazione delle Attività professionali assicurabili:

Classe attività grado 1

Addetto a centri di elaborazione dati	Cinema, teatro (gestore)	Ingegnere occupato solo in ufficio	Personale diplomatico in genere
Agente di assicurazione	Clero (appartenente al)	Insegnante di materie non sperimentali o professionali	Pittore
Agente di cambio, di borsa	Commercialista	Insegnante di musica	Praticante legale
Agente di commercio, di pubblicità, di viaggio, immobiliare	Commerciante (senza lavoro manuale)	Insegnante in scuola elementare, in scuola superiore	Procacciatore d'affari
Agente teatrale	Concessionaria auto, motoveicoli (titolare, addetto alle vendite)	Insegnante in scuola materna	Procuratore legale
Albergatore senza lavoro manuale	Console	Interprete	Produttore d'assicurazioni
Ambasciatore	Consulente in materia di lavoro, fisco, amministrazione	Istruttore di teoria di scuola guida	Profumeria (titolare, addetto)
Amministratore di beni propri od altrui	Cyber security specialist	Machine learning specialist	Programmatore
Amministratore di condomini	Dipendente senza lavoro manuale	Magistrato	Psicologo
Amministratore di società	Direttore artistico	Mediatore in genere (escluso bestiame)	Pubblicitario
Antiquario, senza restauro	Direttore d'orchestra	Medico (non radiologo)	Puericultrice
Architetto senza accesso ai cantieri	Direttore didattico	Modellista in carta	Sagrestano
Archivista	Direttore negozio	Negozio di abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti (titolare, addetto)	Scrittore
Assistente di volo a terra	Dirigente occupato solo in ufficio	Negozio di animali domestici (titolare, addetto)	Social media manager
Assistente sociale	Disegnatore occupato solo in ufficio	Negozio di articoli in pelle (titolare, addetto)	Sociologo
Avvocato	Docente universitario	Negozio di calzature (titolare, addetto)	Spedizioniere (occupato solo in ufficio)
Benestante senza particolari occupazioni	Editore	Negozio di dischi, di strumenti musicali, di elettronica (titolare, addetto)	Stilista
Blogger	Fotografo (solo in studio)	Negozio di fotografia, di ottica (titolare, addetto)	Studente
Broker di assicurazioni	Fotomodello, fotomodella	Negozio di giocattoli, di articoli sportivi (titolare, addetto)	Telefonista
Cameraman (solo in studio)	Geometra che non accede ai cantieri	Notaio	Traduttore
Cartoleria, libreria (titolare, addetto)	Impiegato amministrativo (solo in ufficio)	Operatore di call center	Usciere d'albergo
Casalinga	Imprenditore in genere che non prende parte ai lavori	Orologiaio riparatore	Vigile urbano (solo compiti amministrativi)
Cassiere, bigliettaio non armato	Indossatore, indossatrice, modello, modella	Pensionato	Web designer
Centralinista	Infante	Personal trainer	

Classe attività grado 2

Accordatore di pianoforti	Casellante	Fruttivendolo	Necroforo addetto alle pompe funebri
Agente di commercio, di pubblicità, di viaggio, immobiliare (viaggiante)	Cave a giorno (proprietario o addetto senza opera manuale)	Gelataio (addetto alla produzione)	Negozio di accessori auto (titolare, addetto)
Agricoltore (proprietario, affittuario) senza lavori manuali	Ceramista	Geologo	Negozio di elettrodomestici, di mobili, di servizi igienico sanitari (senza installazione) (titolare, addetto)
Agronomo	Cesellatore	Geometra che accede ai cantieri	Negozio ferramenta, di colori, di vernici (titolare, addetto)
Albergatore con lavoro manuale	Cinema, teatro (addetto)	Gioielliere	Odontotecnico
Allenatore di sport non estremi	Colf	Giornalaio	Orafo
Allevatore di animali che non presta opera manuale	Collaboratore familiare	Giornalista (cronista, corrispondente)	Ostetrica
Analista Chimico	Commerciante	Grafico	Ottico, optometrista
Animatore di feste private	Commerciante ambulante	Guardarobiere	Parrucchiere
Animatore in villaggi	Commesso	Guardia forestale (senza lavoro manuale)	Pellicciaio (addetto alla confezione)
Architetto con accesso ai cantieri	Commesso viaggiatore senza trasporto e consegna merce	Guardiacaccia	Pescivendolo
Arredatore	Confezionatura tessile (addetto)	Guardiapesca	Politico
Artista di varietà, attore	Custode	Guida turistica	Portabagagli
Ausiliario socio sanitario	Diplomatico	Impiegato amministrativo (con mansioni esterne)	Portiere di stabile, custode
Autista di autocarri fino a 35 q.li, di motocarri, di ciclomotori trasporto cose (senza carico e scarico)	Dirigente con accesso in cantieri	Impiegato tecnico	Posteggiatore
Autista di autovetture, di autotassametri	Disegnatore con accesso ad ambienti di lavoro	Imprenditore edile che non prende parte ai lavori	Postino
Autolavaggio automatico (addetto senza lavoro manuale)	Disk jockey	Imprenditore in genere che prende parte ai lavori	Promotore finanziario
Autorimessa (esercente senza lavoro manuale)	Distributori di carburante (addetto) senza manutenzione	Infermiere professionale	Rappresentante (senza carico e scarico)
Autotrasportatore (titolare d'impresa senza lavoro manuale)	Dog sitter	Ingegnere che accede anche ai cantieri	Regista, sceneggiatore
Badante	Domestico, collaboratore familiare	Insegnante di ballo	Ricamatrice
Ballerino, ballerina	Elettrodomestici, mobili, radio-tv, telefonia (installatore solo all'interno)	Insegnante di educazione fisica	Ristoratori senza lavoro manuale
Bambinaia, Baby Sitter	Enologo, enotecnico	Insegnante di sport non estremi	Sarto
Barbiere, parrucchiere	Enoteca (addetto)	Insegnante materie sperimentali o professionali (anche con accesso a laboratori)	Sindacalista
Barista	Estetista	Istruttore di guida di veicoli a motore	Spedizioniere (anche presso magazzini e scali)
Bidello	Farmacista	Laccatori	Supermercato (addetto, escluso magazziniere)
Bigiotterie (addetto)	Ferrovia (personale viaggiante)	Lavanderia, stireria (addetto)	Tabaccaio
Biologo	Filatrice	Legatore	Tecnico sanitario
Birreria (addetto)	Fioraio	Magliaia	Tessitore (senza uso di macchine)
Botanico	Fisico	Massaggiatore	Tintoria (addetto di tintoria)
Callista, manicure, pedicure	Fisioterapista	Mediatore di bestiame	Tranviere
Cameraman (con riprese anche esterne)	Floricoltore	Medico radiologo	Ufficiale giudiziario
Cameriere	Foto ceramista	Militare, poliziotto (soli compiti amministrativi e d'ufficio) (in Italia)	Veterinario (solo animali di affezione)
Cantante	Fotografo (anche all'esterno)	Musicista	Vetrinista

Classe attività grado 3

Addetto in imprese di pulizie senza uso di impalcature esterne	Conciapelli (senza uso di macchine)	Linotipista	Rappresentante (con carico e scarico)
Addobbatore	Corniciaio	Litografo	Restauratore
Allevatore, addestratore di animali domestici	Cuoco	Macchinista di treni	Riparatore di elettrodomestici, di casalinghi
Apicoltore	Decoratore	Macchinista ferrovie	Ristoratori con lavoro manuale
Archeologo	Disinfestatore	Macellaio	Saldatore
Armaio	Distillatore	Marmista (posatori) solo a terra	Salumiere
Arrotino	Distributori di carburante (addetto) con manutenzione	Materassaio	Scultore
Autista di autobus, di autocarri fino a 35 q.li, di motocarri, di ciclomotori trasporto cose (anche con carico e scarico)	Elettrauto	Meccanico	Strumenti musicali (fabbricante e riparatore)
Autista di autocarri oltre 35 q.li, di macchine agricole	Elettricista all'interno di edifici su linee a bassa tensione	Mosaicista (solo a terra)	Tappezziere
Auto tranviere	Elettrotecnico	Necroforo addetto alle sepolture ed alla manutenzione delle tombe	Tende, veneziane, serramenti (addetti alla produzione, addetti all'installazione solo all'interno)
Autolavaggio automatico (addetto con lavoro manuale)	Fabbro	Netturbino	Terracotta (fabbricante)
Autorimessa (addetto a lavori di riparazione, manutenzione)	Facchino	Ombrellaio	Tessitore (con uso di macchine)
Bagnino	Fattorino (senza uso di moto, motorino)	Operaio con uso di macchine senza accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature.	Timbri (fabbricante)
Benzinaio	Fornaio	Panettiere	Tinaio (fabbricante)
Berrettaio, cappellaio	Giardiniere, vivaista (senza potatura di alberi)	Pasticcere	Tipografo
Cardatore di lana e cotone	Gommista	Pastore	Tornitore
Carroziere di autoveicoli	Idraulico solo all'interno di edifici o a terra	Perito agrario, industriale	Veterinario anche in macelli e/o in allevamenti
Cartotecnico	Imbianchini solo all'interno di edifici senza impalcature	Piastrellista	Vetraio
Casaro	Incisore	Pizzaiolo	Vigile urbano (anche in strada)
Chimico	Insegne (installatore senza uso di impalcature e ponteggi)	Portavalori	Vinificatore
Commesso viaggiatore con trasporto e consegna merce	Investigatore	Radiotecnico (senza installazione di antenne)	

Classe attività grado 4

Agricoltore	Demolitore di veicoli	Imbianchini anche all'esterno di edifici	Muratore
Allevatore di equini, bovini, suini	Ebanista	Impianti civili, industriali e commerciali (installatore)	Nichelatorista
Antennista (installatore di antenne radio - tv)	Elettricista all'esterno di edifici su linee ad alta o bassa tensione	Imprenditore edile che prende parte ai lavori	Operaio con uso di macchine e accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature (escluso edilizia)
Ascensori e montacarichi (addetto alla manutenzione e/o installazione)	Elettrodomestici, mobili, radio-tv, telefonia (installatore anche all'esterno e/o con uso di ponteggi)	Insegnante di arti marziali e/o di lotta nelle varie forme	Operaio edile
Asfaltatore	Escavatorista	Insegnante di equitazione	Ottionista
Autista di motocicli, di ciclomotori	Facchino in porto	Insegne (installatore con uso di impalcature e ponteggi)	Pescatore (pesca marittima costiera)
Autotrasportatore (anche con operazioni di carico e scarico)	Falegname	Laminatore	Rupista
Boscaiolo	Fattorino (con uso di moto, motorino)	Latteria - produzione latte (addetto)	Silvicoltore
Bronzista	Fonditore	Lattoniere anche su impalcature e ponteggi	Spazzacamino
Brunitorista	Frigorista	Magazziniere	Specchi (fabbricante)
Carpentiere in legno o ferro	Fuochista	Marinaio	Tende, veneziane, serramenti (addetti alla produzione, addetti all'installazione anche con ponteggi ed impalcature)
Cave a giorno senza uso di mine (proprietario o addetto con opera manuale)	Giardiniere, vivaista (con abbattimento e potatura alberi)	Marmisti anche su impalcature e ponti	Trattorista
Cementiere	Guardia forestale (con lavoro manuale)	Mobiliere (fabbricazione di mobili)	Vetro (lavorazione anche con forno) (addetto)
Coltivatore diretto	Guardia notturna, guardia giurata	Modellista in ferro e legno	Vigile del fuoco
Conciapelli (con uso di macchine)	Idraulico anche su impalcature e ponteggi	Montatore di macchine	Vulcanizzatore

CAPITOLO 2 - MALATTIE

2

DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 2.1 Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa: l'Assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24:

- a) Indennità giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e Convalescenza
- del 365° (trecento sessantacinquesimo) **giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del Premio, se successivo, per il parto naturale, il parto cesareo, l'aborto non volontario, le Malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;**
 - del 180° (centottantesimo) **giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del Premio, se successivo, per Malattie preesistenti che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data, nonché per le conseguenze di stati patologici noti, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del Questionario sanitario ed accettati senza esplicita limitazione del Rischio da parte della Società stessa;**
 - del 30° (trentesimo) **giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del Premio, se successivo, per tutte le altre Malattie.**

Qualora la presente Assicurazione sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza in corso con la Società riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i Termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- **dal giorno di decorrenza della presente Assicurazione per le maggiori o diverse prestazioni da essa previste.**

Quanto stabilito al precedente comma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente Assicurazione.

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio successive alla prima entro 90 (novanta) giorni dalle loro rispettive scadenze, fermo quanto previsto dall'art. 3 (Pagamento del premio) delle Condizioni Generali di Assicurazione, i Termini di aspettativa sopra previsti decorrono nuovamente dal giorno di effettivo pagamento.

Art. 2.2 Esclusioni: fermo quanto previsto dall'art. 20 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione, **sono esclusi i Ricoveri, Day surgery, Day hospital provocati o derivanti direttamente, indirettamente da o relativi a:**

- a) **Malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, nevrosi, epilessia e relative conseguenze e complicanze;**
- b) **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;**
- c) **sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate all'infezione da HIV;**
- d) **Ubriachezza, uso e Abuso di psicofarmaci e Farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;**
- e) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);**
- f) **Malattie professionali, come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124;**
- g) **Malattie provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni);**
- h) **guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche.**

Inoltre l'Assicurazione non è operante per Ricoveri, Day surgery, Day hospital relativi a:
2.1 conseguenze dirette di Malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato

- origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del Contratto;
- 2.2 eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- 2.3 eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- 2.4 interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- 2.5 ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- 2.6 prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- 2.7 cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;
- 2.8 degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto Permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 2.9 degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di Istituti di cura;
- 2.10 terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- 2.11 manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- 2.12 prestazioni aventi finalità estetiche;
- 2.13 Ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici.

PRESTAZIONI

Art. 2.3 Indennità giornaliera per Ricovero, Day surgery, Day hospital e Convalescenza:

- a) Ricovero, Day surgery
in caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Malattia, parto naturale o con taglio cesareo e aborto terapeutico la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni per evento**, compreso anche il Day surgery. L'indennità pattuita viene corrisposta a partire dal primo giorno di Ricovero; **la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione.**
- b) Day hospital
qualora l'Istituto di cura eroghi le proprie prestazioni a favore dell'Assicurato in regime di Day hospital, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per il caso di Ricovero, di cui al punto a) che precede, ridotta del 50% (cinquanta per cento) a partire dal primo giorno di Day hospital, **ma con il limite massimo di 100 (cento) giorni per anno assicurativo.**
Detta indennità viene corrisposta purché la degenza si protragga per almeno 2 (due) giorni consecutivi o 3 (tre) giorni anche non consecutivi.
- c) Ricoveri rilevanti
l'indennità giornaliera assicurata per il caso di Ricovero, di cui al punto a) che precede, viene corrisposta con le seguenti maggiorazioni, comunque non cumulabili fra loro:
 - 50% (cinquanta per cento) a partire dal 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello del Ricovero;
 - 100% (cento per cento) a partire dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello del Ricovero;
 - 100% (cento per cento) per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;
- d) Convalescenza a seguito di Ricovero, Day surgery
in caso di Ricovero, compreso anche il Day surgery, di cui al punto a) che precede, indennizzabile a termini di Polizza, la Società corrisponde, per la successiva Convalescenza, un'indennità giornaliera d'importo pari a quella assicurata per il Ricovero e **per la durata massima di 20 (venti) giorni per evento e per anno assicurativo.**

L'indennità giornaliera per Convalescenza viene corrisposta per una durata massima di 5 (cinque) giorni per appendiciti, emorroidi e/o ragadi, varici, cataratta, ernie. L'indennità giornaliera per Convalescenza non viene corrisposta per i Ricoveri per parto naturale, parto con taglio cesareo, per interventi sulle tonsille e vegetazioni adenoidi su persone di età inferiore a 9 (nove) anni.

OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE PRESTATE

Art. 2.4 Validità territoriale dell'Assicurazione: l'Assicurazione vale per il mondo intero ed esclusivamente per Assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

CAPITOLO 3 TUTELA LEGALE

3

Si precisa che la Società – in forza di una Convenzione - ha scelto di affidare la gestione dei Sinistri di Tutela Legale a:

D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. con sede in Via Enrico Fermi 9/B – 37135 Verona
Numero verde: 800.28.23.23 e-mail sinistri@das.it – sito web www.das.it, (di seguito denominata “DAS”).

A quest’ultima dovranno essere inviate, in via preferenziale, tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa ai Sinistri, secondo quanto indicato all’Art. 5.12.

Art. 3.1 Oggetto dell’assicurazione

La Società assume a proprio carico, nei limiti del massimale pattuito e delle condizioni previste in polizza, il rischio dell’assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti delle Persone Assicurate, conseguente a un Sinistro rientrante in garanzia.

Rientrano in garanzia le seguenti spese:

- a) di assistenza in sede stragiudiziale;
- b) per l’intervento di un legale incaricato alla gestione del Sinistro;
- c) per l’intervento di un perito/consulente tecnico d’ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- d) di giustizia;
- e) di soccombenza, liquidate a favore di controparte, **con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;**
- f) conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, **sempre che siano state autorizzate da DAS;**
- g) degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta in Arbitrato;
- h) per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- i) per la redazione di denunce, querele, istanze all’autorità giudiziaria;
- j) per l’indennità, **posta ad esclusivo carico dell’assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà**, spettante agli organismi di mediazione, **se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli organismi pubblici;**
- k) per l’esecuzione forzata, **nel limite dei primi due tentativi;**
- l) per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, **se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest’ultima.**

Art. 3.2 Ambito dell’assicurazione

Con riferimento all’art. 3.1 “Oggetto dell’assicurazione”, la garanzia riguarda la tutela dei diritti delle Persone Assicurate **allorché siano rimaste vittima di evento indennizzabile a termini del Capitolo 1 INFORTUNI o Capitolo 2 MALATTIE.**

La garanzia opera per:

- 1) ottenere il risarcimento di danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; qualora l’evento che ha causato l’infortunio o la Malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
- 2) sostenere vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l’Assicurato si sia rivolto per le cure in seguito all’infortunio o alla Malattia;
- 3) sostenere controversie nei confronti di enti e/o assicurazioni previdenziali e assistenziali riferite a prestazioni connesse con l’infortunio o la Malattia. **Sono escluse le controversie nei confronti di imprese di assicurazione in relazione a polizze che coprono tali rischi.**

Art. 3.3 Consulenza legale telefonica

A integrazione di tale garanzia, DAS offre un servizio di consulenza telefonica **nell’ambito delle materie previste in polizza**, tramite numero verde 800.28.23.23. L’Assicurato potrà

telefonare in orario d'ufficio (dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00) e ottenere consulenza legale per:

- affrontare in modo corretto controversie di natura legale;
- impostare correttamente comunicazioni rivolte a controparti, come ad esempio richieste di risarcimento o diffide;
- ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

Art. 3.4 Persone assicurate

Le garanzie operano a favore delle persone indicate in Polizza.

Art. 3.5 Dove operano le garanzie

Le garanzie riguardano i sinistri che insorgono e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- in tutti gli Stati d'Europa, nell'ipotesi di danno extracontrattuale;
- in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, negli altri casi.

Art. 3.6 Esclusioni

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

La garanzia è esclusa per:

- a) sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- b) danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- c) vertenze con imprese di assicurazione.

Inoltre se l'infortunio deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa:

1. se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa;
2. se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di Assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi della normativa vigente;
3. se l'Assicurato:
 - a. è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli artt. 186, 186bis e 187 del Codice della Strada;
 - b. è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Codice della Strada).

CAPITOLO 4 ASSISTENZA

Le prestazioni Assistenza sotto riportate sono attivabili solo a seguito di Malattia-infortunio indennizzabile a termini della garanzia Malattia-infortuni. Tutte le prestazioni che seguono non coprono casistiche di emergenza o di urgenza.

Art. 4.1 Garanzia Base

La Società IMA Servizi SCARL si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.

Art. 4.2 Gestione dei sinistri ed erogazione delle prestazioni

La Società, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi al presente Capitolo, nonché per l'erogazione delle prestazioni di assistenza, si avvale della società IMA Italia Assistance S.p.A. – Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni e della sua Struttura Organizzativa.

Art. 4.3 Prestazioni

1) Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

2) Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di Malattia-infortunio, previa Consulenza telefonica col medico della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

3) Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per Malattia-infortunio e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla privacy D.lgs. 196/2003.

4) Rientro sanitario (prestazione valida oltre 50 km dalla residenza)

Qualora l'Assicurato in viaggio subisca un infortunio o Malattia e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un rientro in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:

- aereo sanitario;

- l'aereo di linea (anche barellato);
- l'ambulanza;
- il treno 1° classe /vagone letto.

Il rientro dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il rientro avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo al rientro le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

5) Assistenza ai minorenni (prestazione valida oltre 50 km dalla residenza)

Qualora l'Assicurato in viaggio sia nell'impossibilità, a seguito di Malattia-infortunio, d'occuparsi di figli minorenni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa provvederà a mettere a disposizione per una persona indicata dall'Assicurato un biglietto d'andata e ritorno, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto. Il costo del trasporto è a carico della Società senza limiti per trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 1.500,00 (euomillecinquecento) dall'estero per sinistro.

6) Viaggio di un familiare (prestazione valida oltre 50 km dalla residenza)

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato per Malattia-infortunio e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

7) Informazioni sanitarie

(in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00 esclusi i festivi)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di Cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CEE ed extra CEE;
- medici specialisti.

8) Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

9) Traduzione della cartella Clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo a proprio carico il relativo costo. L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto

di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o Malattia.

10) Rientro salma (prestazione valida oltre 50 km dalla residenza)

Qualora, a seguito di Malattia-infortunio, l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 3.000,00 (eurotremila) ancorché siano coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

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

11) Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. I costi dell'interprete saranno a carico della Società per un massimo di 8 (otto) ore lavorative.

12) Consegna referti presso l'abitazione

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi di salute (Malattia-infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio del Cliente, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 (quarantotto) ore per un massimo di 4 (quattro) volte per sinistro e per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo.

13) Consegna farmaci presso l'abitazione

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo.

14) Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

15) Anticipo spese mediche

Qualora in conseguenza di sinistro l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di € 3.000,00 (eurotremila) per sinistro.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria ed il suo recapito. Poiché la prestazione rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Struttura Organizzativa, per la restituzione dell'anticipo.

16) Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Assicurato un biglietto di viaggio in treno

(1° classe) o qualora il viaggio in treno superi le sei ore in aereo (classe economica) tenendo a carico il costo fino ad un massimale di € 2.500,00 (euroduecilacinquecento). Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Assicurato la documentazione comprovante il sinistro che ha dato luogo alla prestazione.

ASSISTENZA DOMICILIARE IN CASO DI CONVALESCENZA

1) Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico IMA, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un massimale di € 500,00 (eurocinquecento) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

2) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di € 50,00 (eurocinquanta) al giorno per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di 2 (due) volte per anno assicurativo.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

3) Assistenza con Operatore Socio Sanitario a Domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia-infortunio, risulti non autosufficiente, e necessiti di assistenza di un Operatore Socio Sanitario presso l'istituto di Cura presso il quale è ricoverato o post-ricovero a domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la condizione di non-autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un operatore socio-sanitario. La prestazione viene fornita per un massimale di € 500,00 (eurocinquecento) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di ricovero/dimissioni dell'Istituto di Cura.

4) Assistenza con Operatore Socio Sanitario per familiari non autosufficienti

Qualora l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura, a seguito di Malattia-infortunio richieda l'assistenza di un Operatore Socio Sanitario presso il proprio domicilio per i familiari conviventi non autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un Operatore Socio Sanitario tenendo a proprio carico le spese fino alla concorrenza di € 500,00 (eurocinquecento) per sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di ricovero dell'Istituto di Cura.

5) Adeguamento abitazione a seguito di Invalidità Permanente

Qualora l'Assicurato subisca un Malattia-infortunio che comporti un'Invalidità Permanente pari o superiore al 66% (sessantaseipercento), la Struttura Organizzativa provvederà a far effettuare da un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione. I costi delle relative parcelle rimarranno a carico della Struttura Organizzativa fino alla concorrenza di € 1.000,00 (euomille).

6) Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia - infortunio, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 15 (quindici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario per un totale di € 50,00 (eurocinquanta) al giorno per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

7) Accompagnamento scuola minori (prestazione in alternativa all'invio baby sitter)

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia - infortunio, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 15 (quindici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di € 150,00 (eurocentocinquanta) complessivi per sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

8) Custodia animali

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale a causa di Malattia - infortunio, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimale di € 200,00 (euroduecento) complessivi per sinistro. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

Art.4.4 Rischi esclusi dall'assicurazione**Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni**

- 1) **Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:**
 - a) **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
 - b) **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;**
 - c) **dolo dell'Assicurato;**
 - d) **suicidio o tentato suicidio;**
 - e) **infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;**
 - f) **malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;**
 - g) **infortuni e malattie avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;**
 - h) **malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
 - i) **le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.**
- 2) **Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
- 3) **La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.**

- 4) Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod. Civ.
- 5) Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- 6) L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
- 7) La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art 4.5 Estensione territoriale

L'assicurazione Assistenza avrà vigore nel Mondo intero.

CAPITOLO 5 - NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Norme specifiche relative al Capitolo 1 – Infortuni

Art. 5.1 Denuncia del Sinistro e obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente

In caso di Sinistro l'Assicurato, il Contraente, o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società entro 5 (cinque) giorni da quando ne ha avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve:

1. precisare se vi è stato intervento dell'Autorità giudiziaria;
2. essere corredata da certificato medico;
3. contenere indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il Contraente, l'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, o altro soggetto per conto dei medesimi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

L'Assicurato deve in particolare sottoporsi ai controlli medici richiesti dalla Società e fornire alla stessa ogni altra informazione, **a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

Le valutazioni sull'indennizzabilità dell'Infortunio, che non abbia come conseguenza la morte dell'Assicurato, e sulla misura dell'Indennizzo e/o dei rimborsi, sono da eseguirsi in ogni caso in Italia.

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

Le spese per le visite mediche e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Qualora la morte dell'Assicurato sopravvenga durante il periodo di cura, il Contraente, se diverso dall'Assicurato, i Beneficiari designati in Polizza, o altro soggetto per conto dei medesimi, devono dare immediato avviso alla Società.

Relativamente alle Assicurazioni sotto indicate valgono le disposizioni per ciascuna di esse riportate, fermo restando che **la Società si riserva la facoltà di chiedere ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria per la definizione del Sinistro:**

Invalidità Permanente

In caso di Invalidità Permanente il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, compreso quello definitivo attestante i postumi di Invalidità residua. **In caso di Ricovero, deve essere altresì prodotta copia della cartella clinica dell'Assicurato.**

Sfregi e deturpazioni al viso di carattere estetico

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata e previa presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Rimborso spese adeguamento abitazione per Invalidità Permanente grave

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto previa presentazione, in originale, di idonea documentazione, quali fatture, distinte e ricevute degli interventi effettuati (corredate dal progetto di un architetto o di un ingegnere e della relativa notula), fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Rimborso spese adeguamento o sostituzione autovetture per Invalidità Permanente grave

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto previa presentazione, in originale, di idonea documentazione, quali fatture, distinte e ricevute degli interventi effettuati, fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Fondo istruzione

La Società corrisponde l'Indennizzo previa presentazione del certificato di frequenza scolastica dei figli a carico. Il certificato di frequenza scolastica non deve essere presentato per i figli che non abbiano compiuto il 6° (sesto) anno di età.

Perdita anno scolastico

La Società corrisponde l'Indennizzo previa presentazione di certificazione rilasciata

dalla segreteria scolastica o Ufficio scolastico regionale dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenze e previa dimostrazione, mediante certificato medico, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

Morte

In caso di morte, la Società può richiedere al Contraente, agli eredi dell'Assicurato o ai Beneficiari designati la seguente documentazione, tutta o in parte, in base agli elementi e alle circostanze relative all'Infortunio:

1. **certificato di morte in originale;**
2. **certificato autoptico**, quando disponibile;
3. **copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha condotto gli accertamenti** (se vi fu intervento);
4. **atto di notorietà comprovante gli aventi diritto** (eredi legittimi o testamentari) sul quale viene indicato se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento; in caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve indicare altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
5. in presenza di Indennizzi spettanti ai minori di anni 18 (diciotto) o ad incapaci, decreto del Giudice tutelare che autorizzi la riscossione della somma loro spettante, **con espresso esonero da ogni responsabilità della Società in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.**

Indennità giornaliera per Ricovero, Day hospital o Day surgery – Accompagnatore

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata previa presentazione di copia della cartella clinica relativa al Ricovero, al Day hospital o al Day surgery. In caso di contemporaneo Ricovero dell'Assicurato e del coniuge (o convivente more uxorio), dovrà esser prodotta anche copia della cartella clinica di quest'ultimo.

Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di Ricovero, Day hospital o Day surgery

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto al termine della Convalescenza previa presentazione della documentazione medica necessaria alla liquidazione. In particolare, **deve essere prodotta alla Società copia del certificato medico attestante la prognosi rilasciata dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato l'Assicurato, nonché, qualora a quest'ultimo siano stati prescritti ulteriori giorni di Convalescenza, copia dei successivi certificati medici.**

Rimborso spese di cura

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata e previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, **fiscalmente valide e debitamente quietanzate.**

Art. 5.2 Gestione documentale per le Assicurazioni del rimborso spese

Gli originali presentati dall'Assicurato per ottenere il rimborso delle spese sostenute sono acquisiti dalla Società. Peraltro, se il rimborso delle spese documentate è liquidato dalla Società soltanto parzialmente, la Società stessa restituisce i predetti originali, **se richiesti per iscritto**, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale di fatture, notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente Polizza previa giustificazione documentale delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Nel caso di spese sostenute in Paesi non aderenti al sistema monetario dell'euro, i rimborsi sono calcolati al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

Art. 5.3 Criteri di indennizzabilità

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

Art. 5.4 Spese di prima necessità

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia comportato il Ricovero dell'Assicurato, ed a condizione che la Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente sia non inferiore a € 50.000 (eurocinquantamila), il Contraente o l'Assicurato può richiedere alla Società il rimborso, quale anticipo sull'Indennizzo, delle spese imposte dall'evento **fino a concorrenza di € 3.000** (eurotrecento).

La Società concede l'anticipo richiesto purché si verifichino le seguenti condizioni:

- 1. la richiesta deve pervenire alla Società entro 15 (quindici) giorni dalla data dell'Infortunio;**
- 2. le lesioni subite devono essere documentate e accertate dal foglio di dimissione oppure, in caso di persistente degenza, da dichiarazione della Direzione Sanitaria o da personale medico del reparto di ricovero da cui si rilevi il tipo di lesione e la causale dell'Infortunio;**
- 3. dalla documentazione sanitaria inviata, la lesione deve comportare, a giudizio del medico della Società, una presunta percentuale di Invalidità Permanente superiore al 10% (dieci per cento) accertata secondo i criteri stabiliti negli artt. 5.3 (Criteri di indennizzabilità) delle presenti Condizioni e 1.10 (Invalidità Permanente) delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

La Società comunica all'Assicurato l'esito della richiesta ed in caso di positivo accoglimento, provvede a corrispondere l'anticipo entro 15 (quindici) giorni. **Detto importo si intende corrisposto a titolo di acconto sull'Indennizzo totale dovuto per Invalidità Permanente e come tale viene scomputato all'atto della liquidazione definitiva dello stesso.**

La liquidazione dell'anticipo non pregiudica alcuna ragione di successiva contestazione totale o parziale del diritto all'Indennizzo da parte della Società e la conseguente ripetizione della somma anticipata ove risultasse in tutto o in parte contrattualmente non dovuta. La richiesta dell'anticipo equivale a tutti gli effetti, ove non già presentata in precedenza, a denuncia di Sinistro a sensi delle presenti Condizioni.

Art. 5.5 Anticipo sull'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente

Il Contraente o l'Assicurato, trascorsi 120 (centoventi) giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, può richiedere alla Società il pagamento di un acconto sino **al massimo del 50%** (cinquanta per cento) **del presumibile Indennizzo, con il massimo di € 50.000** (eurocinquantamila), a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che **la presunta percentuale di Invalidità Permanente stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 50% (cinquanta per cento).** Il pagamento viene effettuato dalla Società **entro 60 (sessanta) giorni dalla richiesta dell'anticipo.** Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, **salvo recupero di quanto anticipato dalla Società nei casi di eventuale inoperatività della garanzia o di eventuali eccedenze pagate.**

Norme specifiche relative al Capitolo 2 – Malattia

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INDENNITÀ PER RICOVERO, DAY SURGERY, DAY HOSPITAL, CONVALESCENZA

Art. 5.6 Denuncia del Sinistro e obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente

In caso di Sinistro, l'Assicurato e/o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Società entro 10 (dieci) giorni da quando ne ha avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

La denuncia del Sinistro deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da certificazione medica contenente la diagnosi.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre la cartella clinica completa, dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Art. 5.7 Criteri di liquidazione dell'Indennizzo

La Società corrisponde l'Indennizzo al termine del Ricovero, del Day hospital, del Day surgery o della Convalescenza, su presentazione della documentazione medica necessaria alla liquidazione. **La Convalescenza deve essere prescritta da personale medico e provata da idonea certificazione medica. I Ricoveri e le degenze in Day hospital o Day surgery dovuti ad una medesima causa si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro.**

DISPOSIZIONI COMUNI**Art. 5.8 Diritto all'Indennizzo**

Il diritto all'Indennizzo per l'Assicurazione Invalidità Permanente da Infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause non riconducibili all'Infortunio per cui l'Assicurato avrebbe diritto all'Indennizzo, dopo che l'Indennizzo stesso sia stato ufficialmente offerto ma non ancora liquidato, oppure se gli eredi/aventi causa dell'Assicurato fossero in possesso di documentazione medica attestante un'invalidità (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: certificazione INAIL, INPS, referti, cartelle cliniche, certificazione ospedaliera, ecc.) idonea a dimostrare, in modo chiaro, inequivocabile e dirimente oltre ogni ragionevole dubbio, la sussistenza del diritto all'indennizzo in ragione di una già clinicamente accertata stabilizzazione dei postumi, la Società paga agli eredi dell'Assicurato il relativo importo.

In ogni caso, **il pagamento viene effettuato in Italia e in euro.**

Art. 5.9 Assicurazione presso diversi assicuratori

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato, o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso – ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 c.c. e dell'art 4 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione- a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 5.10 Controversie – Arbitrato irrituale

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società con l'Assicurato o persona da lui designata e il relativo Indennizzo è determinato in base a quanto stabilito in Polizza.^[SEP] Le eventuali controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente (relativamente alle Assicurazioni Infortuni), nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. **In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.**

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente da Infortunio ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo relativo alla predetta Invalidità.

Le decisioni del Collegio 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 rifiuta di firmare il relativo verbale;** tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Norme specifiche relative al Capitolo 3 – Tutela Legale

Art. 5.11 Insorgenza del sinistro - Operatività della garanzia

Il Sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o di contratto.

La garanzia assicurativa riguarda i Sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto.

La garanzia si estende ai Sinistri che siano insorti durante il periodo di validità del contratto dei quali l'Assicurato sia venuto a conoscenza entro 360 giorni dalla cessazione del contratto stesso e che siano stati denunciati a DAS nei termini previsti dalla legge.

Il Sinistro è unico a tutti gli effetti:

- in presenza di vertenze promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali siano coinvolte una o più persone assicurate.

In caso di vertenza tra più Assicurati, nell'ambito dello stesso contratto, la garanzia verrà prestata solo a favore del primo Assicurato.

Art. 5.12 Denuncia del sinistro e scelta del legale

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS attraverso una delle seguenti modalità:

1. DENUNCIA TELEFONICA al numero verde 800-28.23.23; gli esperti di DAS raccoglieranno la denuncia, indicheranno i documenti necessari per l'attivazione della garanzia in funzione della tipologia, forniranno tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del caso assicurativo e rilasceranno un numero identificativo della pratica.
2. DENUNCIA SCRITTA: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà essere inviata a DAS:
 - per posta elettronica a: sinistri@das.it
 - per posta ordinaria a: D.A.S. Spa, Via E. Fermi 9/B, 37135 Verona.

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:

- una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- generalità e recapiti della controparte;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- copia dell'Avviso di Garanzia o ogni altro Atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del caso assicurativo.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale – **residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia** – al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la DAS garantirà gli onorari del domiciliatario, **con il limite della somma di 3.000 euro. Tale somma è compresa nei limiti del massimale per caso assicurativo e per anno.**

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società o con DAS.

Art. 5.13 Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, **DAS (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private – D. Lgs 209/05)** si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia. In tale fase stragiudiziale, la DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione.

Ove la composizione bonaria non riesca, **se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo** e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'art. 5.12, "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

- a) l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- b) gli incarichi ai periti devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;
- c) gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- d) l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico di DAS, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza – con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benessere – i quali verranno ratificati da DAS a seguito di verifica dell'effettiva urgenza e congruità dell'operazione.

La Società e DAS non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

Art. 5.14 Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo - Arbitrato

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente.

Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, nel caso in cui il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 5.15 Recupero di somme

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale e interessi spettano esclusivamente all'Assicurato, **mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato per spese, competenze e onorari in ambito giudiziale e stragiudiziale.**

Norme specifiche relative al Capitolo 4 – Assistenza

Art.5.16 Modalità e norme per la richiesta di assistenza

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno al seguente numero dall'Italia:

800 327605 dall'Italia e +39 02 24128 391 dall'Estero

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. 02/24128245.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) Il tipo di assistenza di cui necessita
- 2) Nome e Cognome
- 3) Indirizzo del luogo in cui si trova
- 4) Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

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

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI (ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali n. 679/2016- GDPR)

INDICE

PREMESSA - PERCHÈ QUESTA INFORMATIVA

1. CHI SIAMO
2. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI
3. DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE
4. QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?
5. CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?
6. FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE
7. RICHIESTE ALLA SOCIETÀ
8. MODIFICHE
9. DEFINIZIONI

PREMESSA - PERCHE' QUESTA INFORMATIVA

Gentile Cliente,

per fornirLe i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Tali dati potranno essere forniti direttamente da Lei (per esempio, attraverso il sito www.bene.it "Sito") oppure attraverso altri soggetti. La invitiamo pertanto a leggere attentamente le seguenti informazioni sulla privacy in ottemperanza agli artt. 12, 13 e 14 (nel caso si tratti di dati personali non ottenuti presso l'interessato ma da altre fonti) del Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei dati n. 679/2016 (di seguito anche solo "GDPR"), e successive modifiche ed integrazioni, per comprendere appieno su quali basi vengono raccolti i dati personali, come vengono utilizzati e conservati e a chi sono divulgati, in particolare relativamente a:

- Stipula del contratto e adempimenti obbligatori
- Calcolo dei preventivi
- Assistenza clienti

1 CHI SIAMO

Questa comunicazione viene resa disponibile nella sua qualità di Titolare del trattamento da: **Bene Assicurazioni S.p.A.** (di seguito "Titolare" o "Società"), con sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano, Italia. Bene Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016, è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS al numero 1.00180 ed è una società soggetta alla direzione e coordinamento di Bene Holding S.p.A, appartenente al Gruppo Assicurativo Bene (di seguito "Gruppo") con numero di iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n. 054. Eventuali richieste potranno essere inviate a Bene Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti, via e-mail all'indirizzo clienti@bene.it oppure telefonicamente al numero verde **800 615398**

2 CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

La Società ha un legittimo interesse a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo a fini amministrativi interni, compreso il trattamento di dati personali dei clienti o dei dipendenti, anche includendoli in database centralizzati. I dati personali potranno essere accessibili da tutte le Società facenti parte del Gruppo e dai soggetti da queste autorizzati al trattamento dei dati nel rispetto dei reciproci accordi di trattamento dei dati.

La Società potrà comunicare inoltre i dati a società o soggetti, esterni rispetto all'organizzazione del Titolare, con i quali la Società abbia concluso appositi contratti di servizi. Tali soggetti agiscono in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento. In particolare, i dati personali potranno essere comunicati:

- a soggetti che appartengono alla c.d. “catena assicurativa”, quali assicuratori, co-assicuratori, riassicuratori, officine di riparazione, periti, medici legali, a soggetti che gestiscono le transazioni di pagamento online;
- a soggetti che hanno accesso ai dati in forza di provvedimenti normativi o amministrativi (IVASS, in generale pubbliche autorità di controllo), organismi associativi o consortili (ANIA);
- a Banche e/o Istituti di pagamento;
- a Studi di consulenza legale, amministrativa e fiscale, qualora la comunicazione risulti necessaria o funzionale al corretto adempimento degli obblighi contrattuali assunti in relazione ai servizi prestati.

Per le finalità sopra descritte, i dati possono essere trasferiti anche al di fuori dell’Unione Europea in base a una decisione di adeguatezza della Commissione Europea ovvero mediante garanzie adeguate quali le clausole tipo di protezione dei dati adottate dalla Commissione Europea ovvero le norme vincolanti di impresa ovvero mediante le modalità previste dal GDPR.

È possibile richiedere un elenco aggiornato dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento contattando il Titolare ai recapiti indicati nell’informativa.

3 DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE

La legge garantisce una serie di diritti relativi ai propri dati personali. La Società si impegna a proteggere i dati personali e a rispettare le leggi in materia di privacy dei dati di volta in volta in vigore. Maggiori informazioni e suggerimenti sui diritti possono ottenersi dall’Autorità nazionale competente per la tutela dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Diritti

Cosa significa?

1. Diritto all’informazione

È il diritto dell’utente di ricevere informazioni chiare, trasparenti e facilmente comprensibili sulle modalità di utilizzo dei suoi dati personali e sui propri diritti. È per tale motivo che vengono fornite le informazioni contenute in questa Informativa.

2. Diritto di accesso

È il diritto dell’utente di ottenere l’accesso ai propri dati (se tali dati sono oggetto di trattamento) e ad altre informazioni (simili a quelle fornite nella presente informativa sulla privacy). Lo scopo è far sì che l’utente sia a conoscenza e possa verificare se i suoi dati personali sono utilizzati in conformità con la legge sulla privacy dei dati.

3. Diritto di rettifica

È il diritto dell’utente di far correggere le informazioni in caso di inesattezza o incompletezza.

4. Diritto di cancellazione o Diritto all’oblio

È il diritto dell’utente di richiedere la cancellazione o la rimozione dei dati laddove non vi sia alcun motivo valido per continuare a utilizzarli. Non si tratta di un diritto indiscriminato alla cancellazione, in quanto è limitato da eccezioni.

5. Diritto di limitare il trattamento dei dati

È il diritto dell’utente di ‘bloccare’ o inibire l’utilizzo ulteriore delle informazioni. Quando il trattamento dei dati è limitato, la Società può comunque conservare le informazioni ma non può utilizzarle ulteriormente. La Società conserva elenchi di persone che hanno richiesto il “blocco” di un ulteriore utilizzo delle loro informazioni per garantire che tale vincolo sia rispettato in futuro.

6. Diritto alla portabilità dei dati

È il diritto dell’utente di ottenere e riutilizzare i propri dati personali per le sue finalità in diversi servizi. Ad esempio, se decide di passare a un nuovo fornitore, questo diritto consente di spostare, copiare o trasferire facilmente le informazioni tra i sistemi informatici dell’azienda e i loro

sistemi in modo sicuro e protetto, senza comprometterne l'usabilità.

7. Diritto di obiezione al trattamento

È il diritto dell'utente di opporsi al trattamento per finalità di marketing diretto (realizzato solo previo consenso) e anche al trattamento che è eseguito per finalità di tutela di legittimi interessi della Società.

8. Facoltà di avanzare reclami

È il diritto dell'utente di presentare un reclamo sulle modalità con cui la Società tratta o elabora i suoi dati personali presso il garante nazionale per la privacy dei dati.

9. Diritto di revoca del consenso

È il diritto dell'utente di revocare in qualsiasi momento il proprio consenso, precedentemente reso, per lo svolgimento di qualsiasi attività che implichi il trattamento dei propri dati personali. L'esercizio di tale diritto non comporta l'illiceità di quanto realizzato fino a quel momento con i dati personali dell'utente ed il suo consenso al trattamento. Esso può consistere anche nella sola revoca del consenso all'utilizzo dei dati personali per i soli scopi di marketing.

Per maggiori informazioni su come esercitare i diritti, scrivere a clienti@bene.it, contattare il servizio clienti al numero verde **800 615398** oppure scrivere all'indirizzo email di contatto del DPO (Data Protection Officer / Responsabile Protezione Dati) della Società: dpo@bene.it.

4 QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?

Che cosa sono i dati personali?

I dati personali sono quelle informazioni che, direttamente o indirettamente, permettono di identificare l'utente come persona fisica. Per "direttamente" si intende, per esempio il nome, il cognome e l'indirizzo; per "indirettamente" si intende una fattispecie in cui i dati sono trattati unitamente ad altre informazioni.

4.1 Stipula del contratto e adempimenti obbligatori

Dati raccolti per l'adempimento di obblighi di legge e/o regolamentari (come, ad esempio, la valutazione di adeguatezza del contratto) e/o disposizioni di organi pubblici e pubbliche autorità.

Finalità e base giuridica del trattamento

Raccolta di informazioni a fini contrattuali. La base giuridica è costituita dalla norma di legge e/o il contratto.

Periodo di conservazione

Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta relativi a termini contrattuali o specifici obblighi di legge.

Conferimento

Il conferimento dei dati necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso degli interessati.

4.2 Calcolo dei preventivi

Dati raccolti per l'invio di informazioni e di preventivi sui servizi assicurativi della Società in risposta a richieste direttamente formulate (attraverso un intermediario della Società ovvero attraverso siti web) e/o per l'eventuale conclusione del contratto di assicurazione) e conseguente gestione ed esecuzione del contratto stesso.

Finalità e base giuridica del trattamento

Raccolta di informazioni precontrattuali al fine del calcolo del preventivo per i servizi assicurativi. La base giuridica è costituita dalla norma di legge e/o il contratto.

Periodo di conservazione

Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta relativi a termini contrattuali o specifici obblighi di legge.

Conferimento

Il conferimento dei dati necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso degli interessati.

4.3 Assistenza Clienti

Gestione dei sinistri. Ai fini della presentazione e offerta del contratto di assicurazione e/o della conclusione dello stesso non è prevista l'acquisizione di dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato da parte della Società. I dati in questione potrebbero eventualmente essere acquisiti e trattati solo in occasione della denuncia di un sinistro. In tale ipotesi, il trattamento sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Gestione dei reclami. Nel reclamo potranno essere raccolti i seguenti dati: Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente; Numero della polizza e nominativo del Contraente; Numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Finalità e base giuridica del trattamento	Gestione dei sinistri (obblighi contrattuali, legittimo interesse e nel caso consenso dell'interessato). Gestione reclami (obblighi contrattuali e legittimo interesse)
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta.
Conferimento	Obbligatorio per poter gestire sinistri e reclami.

5 CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?

Il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti manuali, informatici, elettronici o comunque automatizzati, direttamente dal Titolare o da soggetti terzi (in qualità di titolari autonomi, facenti parte della c.d. catena assicurativa ovvero da soggetti preposti al trattamento dal Titolare). I dati sono trattati per il tempo necessario a conseguire le finalità sopra indicate e nei termini previsti dalla legge o dai provvedimenti del Garante. I dati sono trattati utilizzando misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate al livello di rischio, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di modifica, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

6 FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE

Quando la Società si basa sui suoi legittimi interessi per raccogliere e utilizzare i dati personali dell'utente, deve considerare se tali legittimi interessi siano superati dagli interessi dell'utente o da suoi diritti e libertà fondamentali. La Società li può proseguire solo se decide che gli interessi, i diritti e le libertà dell'utente non prevalgono sui legittimi interessi dell'azienda. La Società ha preso in considerazione tali questioni e, laddove ritenga che ci sia il rischio che uno degli interessi o diritti e libertà fondamentali dell'utente possa essere pregiudicato, non utilizzerà i dati personali a meno che non ci sia una diversa base giuridica per farlo (necessaria per l'esecuzione del contratto con l'utente o sulla base del consenso ricevuto dall'utente stesso).

7 RICHIESTE ALLA SOCIETÀ

La Società è tenuta per legge a dare seguito alle richieste e fornire informazioni gratuitamente, tranne nel caso in cui le richieste siano manifestamente infondate o eccessive (specialmente a causa della loro natura ripetitiva), in tal caso la Società potrebbe addebitare un costo ragionevole (tenendo conto dei costi amministrativi necessari per fornire le informazioni o le comunicazioni, o per intraprendere l'azione richiesta), o rifiutarsi di dare seguito alla richiesta.

Si prega di ponderare in modo responsabile la richiesta prima di inoltrarla. La Società risponderà non appena possibile. Generalmente ciò avviene entro un mese dalla ricezione della richiesta, qualora dovesse richiedere più tempo, la Società contatterà l'utente e lo informerà.

8 MODIFICHE

La presente Informativa è in vigore dal 24 maggio 2018. La Società si riserva di modificarne o semplicemente aggiornarne il contenuto, in parte o completamente, anche a causa di variazioni della normativa applicabile. La Società invita l'Interessato a visitare con regolarità il sito www.bene.it per prendere cognizione della più recente ed aggiornata versione dell'Informativa in modo da essere sempre aggiornato sui Dati Personali raccolti e sull'uso che ne fa la Società.

9 DEFINIZIONI

1) **«dato personale»:** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale;

- 2) **«trattamento»**: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione;
- 3) **«titolare del trattamento»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri;
- 4) **«responsabile del trattamento»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento;
- 5) **«destinatario»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o un altro organismo che riceve comunicazione di dati personali, che si tratti o meno di terzi. Tuttavia, le Autorità pubbliche che possono ricevere comunicazione di dati personali nell'ambito di una specifica indagine conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri non sono considerate destinatari; il trattamento di tali dati da parte di dette Autorità pubbliche è conforme alle norme applicabili in materia di protezione dei dati secondo le finalità del trattamento;
- 6) **«terzo»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che non sia l'Interessato, il titolare del trattamento, il responsabile del trattamento e le persone autorizzate al trattamento dei dati personali sotto l'Autorità diretta del titolare o del responsabile;
- 7) **«consenso dell'interessato»**: qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'Interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, che i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento;
- 8) **«violazione dei dati personali»**: la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati.

RIFERIMENTI UTILI (Numeri e indirizzi per ogni esigenza)

► **AREA SELF CLIENTI**

Per consultare la sua situazione assicurativa aggiornata acceda, direttamente dall'home page di www.bene.it, all'area clienti a lei riservata.

► **INTERMEDIARIO**

Per ogni necessità di supporto per le coperture assicurative in essere o per valutare nuove soluzioni per le sue esigenze assicurative, si rivolga al suo intermediario di fiducia. Trova tutti i riferimenti nel contratto di polizza.

► **ASSISTENZA CLIENTI**

Numero verde **800 615398** - (Dall'estero **+39 02 89297333**)

Orari **Lun-Gio: dalle 10 alle 12 e dalle 15 alle 17**

Ven: dalle 10 alle 12

Mail **clienti@bene.it**

► **ASSISTENZA IMA ASSISTANCE (se compresa in polizza)**

Numero verde **800 327605** - (Dall'estero **+39 02 24128391**)

Orari **H24**

Mail **controllo.operativo@imaitalia.it** (richieste di rimborso spese mediche)

tl.das@imaitalia.it (informazioni sui dossier e reclami)

► **ASSISTENZA LEGALE DAS (se compresa in polizza)**

Numero verde **800 282323** - (Dall'estero **+39 045 8378901**)

Orari **Lun-Gio: dalle 8 alle 18**

Mail **sinistri@das.it**

Posta Ordinaria **D.A.S. Spa, Via E. Fermi 9/B - 37135 Verona**

► **SERVIZIO SINISTRI (per denunce e informazioni)**

Telefono **+39 02 83554147**

Orari **Lun-Ven: dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 18**

Mail **sinistri@bene.it**

Posta Ordinaria **Bene Assicurazioni - Ufficio Sinistri Via Dei Valtorta 48, 20127 Milano**

► **SERVIZIO RECLAMI**

Mail **reclami@bene.it**

Posta Ordinaria **Bene Assicurazioni – Servizio Reclami Via Dei Valtorta 48, 20127 Milano**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a: IVASS (Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni) Via del Quirinale, 21 00187 Roma - Tel.: 06 421331 - Fax: 06 42133 745 - 06 42133 3



Bene Assicurazioni S.p.A.
Sede legale e direzione generale
Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI)

Tel +39 02 892 973
Fax +39 02 893 547 15
Email info@bene.it
Pec beneassicurazioni@legalmail.it

www.bene.it

Capitale sociale euro i.v. Codice fiscale e partita IVA n. 09599100964

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con
provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016
Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180

Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di
Bene Holding S.p.A. appartenente al Gruppo assicurativo Bene

Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054