

Polizza Infortuni e Malattia per la persona

Documento informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: "Cattolica&Salute Ogni giorno"

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura la persona e la sua famiglia in caso di Infortunio e Malattia



Che cosa è assicurato?

v Infortuni:

Morte per infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di decesso per infortunio, della somma assicurata ai Beneficiari o eredi.

Invalità permanente per infortunio: prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalità permanente totale o parziale.

Diaria da ricovero per infortunio: prevede, in caso di ricovero per infortunio in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.

Diaria da immobilizzazione: prevede, in caso di evento traumatico che comporti l'immobilizzazione di una o più articolazioni, un'indennità giornaliera fino alla rimozione del presidio.

Diaria per inabilità temporanea da infortunio: prevede, in caso di infortunio che comporta un'inabilità temporanea, una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Rimborso spese di cura per infortunio: prevede il rimborso delle spese sostenute nei 360 giorni dalla data di infortunio indennizzabile.

v Malattia:

Invalità permanente per malattia: prevede un indennizzo in caso di malattia che comporti un'invalità permanente.

Diaria da ricovero per malattia o parto: prevede, in caso di ricovero per malattia o parto in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.

v Assistenza:

Cure/Aiuto a domicilio: invio al domicilio di un medico, ambulanza, infermiere, fisioterapista e collaboratrice familiare, richiesta di assistenza domiciliare integrate e fornitura di attrezzatura medica.

Informazioni, ricerca e prenotazione: richiesta di informazioni sanitarie, ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici.

Viaggio: interprete all'estero, prolungamento del soggiorno, rientro, accompagnamento minori, viaggio di un familiare, invio medicinali, anticipo spese mediche/sanitarie, rimpatrio salma.

Trasporto sanitario: trasporto in ambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso, trasferimento dal centro ospedaliero, rientro dal centro ospedaliero e rientro sanitario.

Secondo parere e consigli medici: include consigli medici telefonici e un secondo parere medico.



Che cosa non è assicurato?

x Infortuni e Malattia:

x Gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;

x Gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer;

x Gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;

x I trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;

x Gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo;

x Le conseguenze di alluvioni, esondazioni, inondazioni o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;

x Le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

x Infortuni:

x Infortuni causati da sport professionistico e pratica di sport pericolosi.

x Guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore.

x Guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale.

x Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;

x Azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;

x Manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

x Malattia:

x I ricoveri e le invalidità permanenti conseguenti a malattia, infortunio, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;

x I ricoveri dovuti a interruzioni volontarie di gravidanza;

x Day hospital con finalità diagnostiche (c.d. check up);

x Le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

x Le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;

x I ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere.



Ci sono limitazione alla copertura?

- ! Sono esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra con l'eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero.
- ! Gli assicurati possono avere fino a 80 anni di età.
- ! L'assicurazione prevede franchigie e scoperti diversi a seconda delle garanzie scelte.

! **Infortuni:**

Morte per infortunio:

- ! L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio.

Invalità permanente per infortunio:

- ! In caso di invalidità permanente totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.
- ! In caso di invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.

Diaria da ricovero per infortunio:

- ! La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

Diaria da immobilizzazione:

- ! La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e per anno assicurativo.
- ! Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo, come i collari di Shantz, di Camp e similari.
- ! I mezzi di contenzione immobilizzanti potranno essere anche amovibili: la garanzia, in tal caso verrà prestata con un massimo di venticinque giorni per sinistro.
- ! La garanzia sarà operante solo per i determinati tutori amovibili con le limitazioni e condizioni indicate in polizza.

Diaria per inabilità temporanea da infortunio:

- ! La diaria è corrisposta per un massimo di 365 giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.
- ! Nel caso di ernie addominali da sforzo operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo massimo di quindici giorni.
- ! La garanzia è operante all'estero per un periodo massimo di quaranta giorni per ogni sinistro, se l'Assicurato non si sottopone alla visita e agli accertamenti medici in Italia.
- ! Qualora l'infortunio sia accaduto al di fuori dell'Europa, la garanzia opererà solo qualora ci sia stato ricovero.

Rimborso spese di cura per infortunio:

- ! Le spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata per evento e per anno assicurativo.
- ! Il massimale scelto costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

! **Malattia:**

Invalità permanente per malattia:

- ! La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata. Se la malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è pertanto indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute da esse derivanti.

Diaria da ricovero per malattia o parto:

- ! La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.
- ! Per assicurati di età superiore ai 60 anni la durata massima in caso di ricovero per malattia è di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

! **Assistenza:**

La garanzia non opera per i sinistri provocati o dipendenti da:

- ! Scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ! Le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- ! Dolo dell'Assicurato;
- ! Suicidio o tentato suicidio;
- ! L'espianto e/o il trapianto di organi;
- ! Malattie nervose e mentali;
- ! Malattie o infortuni insorti anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti);
- ! Malattie o infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà,
- ! Corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- ! Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- ! Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Società si prescrive, ai sensi del codice civile nel termine di 2 anni che decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda.

Ulteriori limitazioni ed esclusioni per tutte le sezioni e formule di garanzia sono presenti ed indicate in ulteriori documenti



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- v Il contratto ha validità per fatti verificatisi in tutti i paesi del mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto;
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto;
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni mutamento della tua attività professionale. In caso di mancata comunicazione, se si dovesse verificare un infortunio durante lo svolgimento della diversa attività, l'indennizzo ti sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio oppure in misura ridotta se la diversa attività aggrava il rischio.



Quando e come devo pagare?

- Il Contraente è tenuto a versare il premio alle scadenze pattuite. Puoi pagare mediante denaro contante (nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge); assegni bancari, postali o circolari (muniti della clausola di non trasferibilità); bonifici bancari, o altri mezzi di pagamento elettronico.
- Hai la facoltà di richiedere il frazionamento in più rate con conseguente aumento del premio imponibile (aumento del 2% per rateazione semestrale, quadrimestrale, trimestrale). Presso gli intermediari abilitati è disponibile anche il frazionamento mensile con addebito su carta di credito e con un aumento del premio fino al 3%.



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La polizza può essere annuale oppure superiore all'anno. La durata del contratto viene indicata in polizza;
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. In particolare la garanzia ha effetto:
Infortuni: dalle ore 24.00 del pagamento effettivo;
Malattie:
 - Dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte, e non note, dopo la sottoscrizione del contratto;
 - Dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte, e non note, prima della sottoscrizione del contratto;
 - Dal 300° giorno successivo a quello di pagamento effettivo per il parto.
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.



Come posso disdire il contratto?

- In caso di "tacito rinnovo" il contratto può essere disdetto mediante lettera raccomandata A/R da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale indicata in polizza; diversamente il contratto si intende prorogato per la durata di un anno e così successivamente.
- Se il contratto è stipulato "senza tacito rinnovo", la copertura assicurativa cessa automaticamente alla sua scadenza.
- Se hai stipulato un contratto poliennale hai la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R inviata almeno 60 giorni prima di:
 - Scadenza naturale del contratto, se di durata uguale o inferiore a 5 anni;
 - Scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio).
- Dopo ogni denuncia di sinistro, entrambe le parti possono recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo mediante raccomandata A/R con effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento.

Polizza Infortuni e Malattia

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

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: "Cattolica&Salute OGNI GIORNO"



Data di aggiornamento: 04/2021 - Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A., Lungadige Cangrande; n.16; cap 37126; Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n° 019.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 1.807 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 523 milioni di euro - il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.163,9 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.017,8 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 458 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.866 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 1.449 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,83 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse prestazioni assicurative offerte.

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.

Esempio: Garanzia Rimborso spese di cura per infortunio se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico, limitatamente ai **trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali**, il rimborso viene riconosciuto fino al **massimo del 30% della somma assicurata** e con il limite **massimo di 3.500 € per evento e per anno assicurativo**.

Infortuni

Morte per infortunio

- Morte presunta: se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, è prevista la liquidazione del capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta;

- Cumulo dell'indennità: l'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente da infortunio. È prevista la corresponsione ai beneficiari della differenza tra l'indennizzo pagato per Invalidità permanente e la somma assicurata per il caso morte, in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- Commorienza del coniuge: se lo stesso infortunio causa la morte dell'Assicurato e del coniuge/convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100% e con il limite massimo di maggiorazione di € 400.000 a favore dei figli minori fiscalmente a carico o di un figlio con handicap ed invalidità di almeno il 60%. Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di 400.000 €.

Invalidità permanente per infortunio

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente, al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza:

- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente totale, viene corrisposta l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente parziale, l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità accertato con riferimento alla Tabella INAIL. In alternativa, è possibile richiedere l'applicazione della Tabella ANIA;
- Sono previsti criteri specifici e particolari di indennizzabilità in caso di invalidità preesistente e invalidità permanente parziale non presente nelle succitate tabelle, nonché un valore massimo di indennizzo in caso di lesioni plurime;
- È prevista l'applicazione della "tabella di indennizzo - rischi particolari" (consultabile nelle Condizioni di Assicurazione) se l'Assicurato svolge un'attività professionale rientrante nelle classi 1 o 2, o se si trova alla guida di un veicolo che richiede una patente di categoria superiore alla B, una macchina agricola o operatrice;
- Se l'Assicurata svolge l'attività di Casalinga, in caso di infortunio verificatosi durante il lavoro domestico che comporti un'invalidità non inferiore al 33%, è prevista un'ulteriore indennità aggiuntiva pari al 50% di quella riconosciuta;
- È inclusa la copertura del Danno estetico con rimborso spese degli interventi chirurgici resi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica (fino a € 5.000) o per sfregi e deformazioni permanenti al viso (fino a € 10.000);
- È inclusa la copertura Perdita dell'anno scolastico in caso di assenza prolungata dalle lezioni a causa di infortunio, con un indennizzo pari € 5.000 in caso di frequenza delle scuole primarie o secondarie di primo grado, € 10.000 per le scuole secondarie di secondo grado;
- È inclusa la copertura Contagio da H.I.V. con un indennizzo pari a € 30.000 in caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue reso necessario a seguito di infortunio;
- La copertura è estesa agli Assicurati diversamente abili.

Diaria da ricovero per infortunio

- La diaria concordata con il contraente raddoppia in caso di degenza conseguente ad infortunio che comporti intervento per asportazione di organi, trapianto, artro-protesi delle grandi articolazioni;
- La copertura opera anche in caso di Day hospital non inferiore a 3 giorni e per la convalescenza a seguito di un ricovero di durata superiore a 10 giorni;
- La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo;
- Diaria suppletiva: prevista un'ulteriore diaria giornaliera in caso di ricovero superiore a 5 giorni di degenza e se acquistata una diaria da ricovero per infortunio di importo pari o superiore a € 30, per massimo 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

Diaria da immobilizzazione

L'indennità giornaliera concordata e indicata nella scheda di polizza è dovuta sino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di novanta giorni per evento e per anno assicurativo.

Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- sessanta giorni per la frattura del bacino;
- sessanta giorni per la frattura del femore;
- sessanta giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- venti giorni per la frattura completa della costola;
- cinque giorni per la frattura nasale;
- cinquanta giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).

Diaria per inabilità temporanea da infortunio

- È prevista una diaria per inabilità temporanea da infortunio "importante" che comporti un ricovero di almeno 5 giorni consecutivi, una immobilizzazione o un ricovero/ricorso al Pronto Soccorso con prognosi di almeno 20 giorni. L'indennità corrisposta sarà pari al 100% della diaria concordata per i primi 60 giorni di inabilità e pari al 50% per il successivo periodo.

Rimborso spese di cura per infortunio

La garanzia è prestata nei limiti della somma assicurata e per la parte di spese che non risultino a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In presenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per:

- accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero, day hospital o intervento;

- onorari del chirurgo, dell'équipe operatoria e materiali di intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, richiesti durante l'intervento;
- esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali effettuati nei giorni successivi al ricovero/intervento;
- tickets per le prestazioni richieste.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa per il ricovero, è prevista una diaria sostitutiva di € 50 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo.

- In assenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali effettuati nei giorni successivi all'infortunio;
- È previsto il rimborso delle cure e protesi dentarie da infortunio.

Malattia

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità individuato. Per la valutazione del grado di invalidità si fa riferimento alla Tabella di accertamento riportata nelle Condizioni di Assicurazione. Per i casi non previsti in tale Tabella, si prendono in considerazione le Tabelle INAIL.

Diaria da ricovero per malattia o parto

- In caso di degenza conseguente a malattie coronariche e infartuali, rivascolarizzazione cardiaca e by-pass, neoplasie maligne, interventi per asportazione di organi, trapianti, artro-protesi delle grandi articolazioni, ictus cerebrale, la diaria raddoppia;
- La diaria è prevista anche in caso di Day hospital non inferiore a 3 giorni ed in caso di convalescenza a seguito di un ricovero di durata superiore a 10 giorni;
- La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo. Per assicurati di età superiore ai 60 anni la durata massima in caso di ricovero per malattia è di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

Assistenza

Cure / Aiuto a domicilio

- Invio di un infermiere a domicilio: se l'Assicurato, nelle due settimane successive dalla dimissione dal ricovero, necessitasse di essere assistito da un infermiere, l'Impresa, attraverso una Struttura Organizzativa, provvederà al suo reperimento. La Società ne assume le spese fino a un massimo di 55 € al giorno per un massimo di cinque giorni per sinistro;
- Invio di un fisioterapista a domicilio: qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare al suo domicilio un fisioterapista. La Società terrà a proprio carico il costo fino a un massimo di 260 € per sinistro;
- Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente: se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. La Società terrà a proprio carico l'onorario fino a un massimo di 250 € per sinistro;
- Assistenza domiciliare integrata: in caso di ricovero della durata di almeno 8 giorni (se con intervento chirurgico) o di almeno 12 giorni (senza intervento chirurgico) dovuto a malattia o infortunio, sono previsti i seguenti servizi di assistenza:
 - Ospedalizzazione domiciliare: la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura;
 - Prestazioni professionali: in caso di necessità la Struttura Organizzativa provvede a inviare al domicilio dell'assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiochinesiterapista, operatore assistenziale) fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura;
 - Servizi sanitari: se l'Assicurato necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire al proprio domicilio della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare i servizi richiesti fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura;
 - Servizi non sanitari: se l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare i servizi richiesti fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura;
- Fornitura di attrezzature medico chirurgiche: se, a seguito di infortunio e/o malattia, si rendano necessarie all'Assicurato una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche: stampelle; sedia a rotelle; letto ortopedico; materasso antidecubito, la Struttura Organizzativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per Sinistro, tenendo il costo a carico della Società. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire e/o

fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di 500 € per sinistro, a fronte di presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso;

- Invio di una collaboratrice familiare (riservato alle assicurate donne): In caso di infortunio che comporti l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni, o in caso di frattura del bacino, femore, della colonna vertebrale o per frattura della costola purché radiologicamente accertate oppure in caso di ricovero per infortunio e/o malattia che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con la disponibilità locale. La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 50 € al giorno per un periodo massimo di 10 giorni lavorativi per sinistro, con il limite di 350 €.

Trasporto sanitario:

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo per ogni Sinistro pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (casa - ospedale e ritorno).

Secondo parere e consigli medici:

La Società, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'Assicurato il servizio di seconda opinione medica, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti. La Società terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di 800 € per sinistro.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Invalidità Permanente per Infortunio - Tabella di accertamento - Sopravalutazione fino a € 300.000	In caso di perdita totale anatomica o funzionale degli arti o della facoltà visiva o uditiva, relativamente alla somma assicurata fino a € 300.000, viene applicata una tabella di accertamento apposita e l'indennizzo viene liquidato con la percentuale di invalidità accertata senza applicazione di alcuna franchigia.
Invalidità Permanente per Infortunio - Tabella di indennizzo - Microinvalidità fino a € 300.000	Per i primi 3 punti di invalidità permanente per infortunio, relativamente alla somma assicurata fino a € 300.000, viene applicata una tabella di liquidazione apposita.
Invalidità Permanente per Infortunio - Rendita vitalizia	In caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente superiore al 65%, è prevista la corresponsione di una rendita vitalizia immediata e rivalutabile, corrisposta in modo certo per 5 anni e, dopo il 5° anno, finché l'Assicurato resti in vita.
Invalidità Permanente per Infortunio - Mutuo sicuro	Nel caso in cui l'Assicurato abbia in corso dei rapporti bancari passivi (mutui, prestiti, finanziamenti ...) e si verifichi un infortunio che comporti un'invalidità permanente superiore al 65%, all'Assicurato viene corrisposto un importo pari a € 30.000.
Invalidità Permanente per Infortunio - Rimborso spese adeguamento abitazione e autovettura	In caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente superiore al 75%, è previsto il rimborso delle spese sostenute per l'eliminazione delle barriere architettoniche alla propria abitazione (fino a € 30.000) e per le modifiche alla propria autovettura affinché sia idonea alla guida o al trasporto dei disabili (fino a € 10.000).
Diaria da convalescenza post ricovero per infortunio	In caso di ricovero di almeno 3 giorni consecutivi, reso necessario da infortunio, seguito da convalescenza, viene corrisposta un'indennità per ogni giorno di convalescenza, fino ad un massimo di 60 giorni. La copertura è estesa anche al day hospital con intervento chirurgico, per una durata massima di 5 giorni. L'indennità sarà del 100% per una durata pari a 1/3 del periodo di convalescenza e del 50% per i restanti 2/3 del periodo di convalescenza.
Attività sportive svolte non professionalmente	In caso di infortuni derivanti dalla pratica di uno o più sport rientranti tra gli "sport assicurati con limitazioni" l'indennizzo previsto dalle garanzie di polizza non viene ridotto della metà e non trova applicazione il limite di € 350.000 di somma assicurata per il caso morte ed invalidità permanente.

Attività sportive assicurabili solo con patto speciale	Sono compresi in copertura gli infortuni derivanti dalla pratica di uno o più sport rientranti tra gli "sport assicurabili con patto speciale".
Responsabilità civile del Contraente persona giuridica	Nel caso in cui l'infortunato o i suoi beneficiari avanzino pretese verso il contraente a titolo di responsabilità civile, l'indennizzo dovuto ai sensi della polizza viene accantonato per essere computato nell'eventuale risarcimento che il contraente debba corrispondere a seguito di sentenza definitiva o transazione. Qualora gli infortunati o i beneficiari recedano da tale azione o siano soccombenti, l'indennizzo accantonato viene pagato sotto deduzione, a favore del contraente, delle spese di causa da questi sostenute.
Invalità permanente per malattie gravi	In caso di invalidità permanente pari o superiore al 60% derivante da malattie cardiache, renali, disturbi dell'apparato circolatorio a carattere acuto, malattie neurologiche (Alzheimer, Parkinson, Sclerosi multipla, malattie del motoneurone), verrà liquidato il 100% del massimale indicato in polizza.
Invalità permanente da ictus o infarto	In caso di invalidità permanente conseguente a ictus cerebrale o infarto miocardico acuto, è previsto il rimborso fino alla concorrenza del massimale assicurato.
Diaria da ricovero per malattia o parto	In caso di convalescenza conseguente a ricovero di almeno 3 giorni consecutivi o di durata inferiore se relativo a neoplasia maligna o a grande intervento chirurgico per infortunio, malattia o donazione organi, è prevista un'indennità giornaliera per ciascun giorno di convalescenza in cui l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative, fino ad un massimo di 60 giorni. La copertura è estesa anche al Day hospital con intervento chirurgico per una durata massima di 5 giorni.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<p>Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, si precisa che non sono coperti i seguenti rischi.</p> <p>Infortuni e Malattia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer; • Gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza; • I trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale; • Gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo; • Le conseguenze di alluvioni, esondazioni, inondazioni o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale; • Le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo. <p>Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore; • Guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale; • Azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; • Manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale. <p>Malattia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I ricoveri dovuti a interruzioni volontarie di gravidanza; • Day hospital con finalità diagnostiche (c.d. check up); • Le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; • Le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio; • I ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere; • La garanzia Malattia non copre le invalidità permanenti per malattia conseguenti ad infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici o stati patologici manifestatisi oltre un anno dalla cessazione del contratto.
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si segnalano le seguenti limitazioni di copertura

Limitazioni comuni

Sono esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra con l'eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero.

Gli assicurati possono avere fino a 80 anni di età.

Sport assicurati con limitazioni

- Per gli infortuni derivanti dalla pratica di sport agonistici in genere non rientranti tra quelli definiti a "basso rischio", alpinismo, speleologia non a carattere professionale, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, l'indennizzo previsto dalle garanzie di polizza viene ridotto del 50% e la somma assicurata per le garanzie "Morte per infortunio" e "Invalidità permanente per infortunio" non potrà superare l'importo di € 350.000;
- Non è operante la garanzia "Diaria per inabilità temporanea per infortunio" e relative garanzie opzionali;
- Per la garanzia "Diaria da immobilizzazione" l'indennizzo è corrisposto solo in caso di fratture o lesioni capsulo legamentose, con applicazione della franchigia di 5 giorni;
- La copertura "Rimborso spese di cura per infortunio" è prestata fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata per le prestazioni di laserterapia, magnetoterapia, TAC, risonanza magnetica, artroscopia, tecarterapia. Per le cure fisioterapiche conseguenti ad infortunio che abbia richiesto un ricovero, il rimborso è riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 3.500 per evento e per anno assicurativo. In assenza di ricovero, il rimborso spese di cura opera con uno scoperto del 20% con il minimo di € 100 per sinistro, purché l'infortunio sia stato accertato da Pronto Soccorso o medico ortopedico specialista. La garanzia per cure fisioterapiche è operante fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 2.500 per evento e per anno assicurativo.

Invalidità permanente per infortunio

- Previste le franchigie assolute del 5%, 10%, 15%, 20%, 25%, 30%, 65% - applicate su tre scaglioni di somme assicurate: fino a € 300.000, da € 300.000 a € 600.000, oltre € 600.000;
- Previste le franchigie relative del 5%, 10%, 20%, 25%, 30%, 65% con indennizzo fino a € 300.000 - applicate su tre scaglioni di somme assicurate: fino a € 300.000, da € 300.000 a € 600.000, oltre € 600.000;
- In caso di infortunio derivante da rischi particolari ("sport assicurati con limitazioni", "sport assicurabili solo con patto speciale" o guida di veicoli che richiedono patente di categoria superiore alla B e macchine agricole o operatrici), sono previste le franchigie assolute del 5% e del 10% - applicate su tre scaglioni di somme assicurate: fino a € 600.000, oltre € 600.000, intera somma assicurata.

Diaria per inabilità temporanea da infortunio:

- Nel caso di ernie addominali da sforzo operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo massimo di quindici giorni;
- La garanzia è operante all'estero per un periodo massimo di quaranta giorni per ogni sinistro, se l'Assicurato non si sottopone alla visita e agli accertamenti medici in Italia;
- Qualora l'infortunio sia accaduto al di fuori dell'Europa, la garanzia opererà solo qualora ci sia stato ricovero.

Diaria da ricovero per infortunio

- In caso di Day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, è corrisposta un'indennità pari al 50% di quella prevista in polizza;
- In caso di ricovero di durata superiore a 10 giorni seguito da convalescenza domiciliare, viene corrisposta una diaria da convalescenza per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero, fino ad un massimo di 30 giorni per evento. Tale diaria non è applicata in caso di tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo.

Garanzia opzionale - Diaria da convalescenza post ricovero per infortunio

- La garanzia non opera in caso di in caso di tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza;
- In caso di Day hospital per il quale sia stata corrisposta la "Diaria da immobilizzazione" o la "Diaria per inabilità temporanea da infortunio", non viene corrisposto alcun indennizzo per la presente garanzia.

Diaria da immobilizzazione

- La copertura non è operante in caso di mezzi di immobilizzazione amovibili che non siano applicati da Pronto Soccorso, ente ospedaliero o medico ortopedico specialista, ed in caso di tutori amovibili diversi da ginocchiera Donjoy e stecca di Zimmer.

Diaria per inabilità temporanea da infortunio

- Nel caso in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni e l'infortunio non ha comportato ricovero, la diaria è dimezzata;
- È prevista la franchigia di 7 giorni, tranne in caso di ricovero o Day hospital di almeno 3 giorni, ricorso al Pronto Soccorso con prognosi di almeno 15 giorni, immobilizzazione da frattura di articolazione;
- Se l'Assicurata svolge l'attività di Casalinga, viene applicata una franchigia di 10 giorni;
- La garanzia non è operante per gli Assicurati diversamente abili.

Rimborso spese di cura per infortunio

- Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, e cure termali, in presenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale, il rimborso è riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 3.500 per evento e per anno assicurativo;
- Per le spese sostenute in assenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale, è previsto uno scoperto del 20% con il minimo di € 100 per sinistro. Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata. Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, e cure termali, il rimborso è riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 2.500 per evento e per anno assicurativo;
- Per le spese relative alle cure e protesi dentarie, è previsto il rimborso con il limite del 30% della somma assicurata per evento e per anno assicurativo.

Garanzia opzionale - Attività sportive svolte non professionalmente

- Non è operante la garanzia "Diaria per inabilità temporanea per infortunio" e relative garanzie opzionali;
- Per la garanzia "Diaria da immobilizzazione" l'indennizzo è corrisposto solo in caso di fratture o lesioni capsulo legamentose, con applicazione della franchigia di 5 giorni;
- La copertura "Rimborso spese di cura per infortunio" è prestata fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata per le prestazioni di laserterapia, magnetoterapia, TAC, risonanza magnetica, artroscopia, tecarterapia.
Per le cure fisioterapiche conseguenti ad infortunio che abbia richiesto un ricovero, il rimborso è riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 3.500 per evento e per anno assicurativo. In assenza di ricovero, il rimborso spese di cura opera con uno scoperto del 20% con il minimo di € 100 per sinistro, purché l'infortunio sia stato accertato da Pronto Soccorso o medico ortopedico specialista. La garanzia per cure fisioterapiche è operante fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 2.500 per evento e per anno assicurativo.

Garanzia opzionale - Attività sportive assicurabili solo con patto speciale

- L'indennizzo previsto dalle garanzie di polizza viene ridotto della metà;
- Per le garanzie "Morte per infortunio" e "Invalidità permanente per infortunio" la somma assicurata non potrà superare l'importo di € 250.000;
- Non è operante la garanzia "Diaria per inabilità temporanea per infortunio" e relative garanzie opzionali;
- Per la garanzia "Diaria da immobilizzazione" l'indennizzo è corrisposto solo in caso di fratture o lesioni capsulo legamentose, con applicazione della franchigia di 5 giorni;
- La copertura "Rimborso spese di cura per infortunio" è prestata fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata per le prestazioni di laserterapia, magnetoterapia, TAC, risonanza magnetica, artroscopia, tecarterapia.
Per le cure fisioterapiche conseguenti ad infortunio che abbia richiesto un ricovero, il rimborso è riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 3.500 per evento e per anno assicurativo. In assenza di ricovero, il rimborso spese di cura opera con uno scoperto del 20% con il minimo di € 100 per sinistro, purché l'infortunio sia stato accertato da Pronto Soccorso o medico ortopedico specialista. La garanzia per cure fisioterapiche è operante fino al massimo del 30% della somma assicurata e con il limite massimo di € 2.500 per evento e per anno assicurativo.

Contagio da H.I.V

- La copertura non è prevista per persone affette da emofilia e tossicodipendenza o già sieropositive al momento del sinistro.

Invalidità permanente per malattia

- La garanzia non è operante per gli Assicurati diversamente abili;
- Il capitale assicurato rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera durata contrattuale.

Garanzia opzionale - Invalidità permanente da ictus o infarto

- La copertura non opera per le invalidità permanenti derivanti da:
 - stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati prima della sottoscrizione del contratto ma sottaciuti dall'Assicurato;
 - abuso di alcolici o uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, e malattie correlate;
 - trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche;
 - malattie professionali ai sensi del D.P.R. n.1124/1965;
- Prevista franchigia del 25%;
- La presente garanzia non si cumula con l'eventuale indennizzo previsto per le altre garanzie infortuni ed è valida per persone di età non superiore a 65 anni.

Diaria da ricovero per malattia o parto

- Per Assicurati di età inferiore a 9 anni, in caso di ricovero dovuto a interventi su tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo, aborto post-traumatico, la diaria è corrisposta per una durata massima di 5 giorni;
- La diaria in caso di Day hospital non inferiore a 3 giorni prevede un'indennità pari al 50% di quella stabilita in polizza;
- La diaria da convalescenza post ricovero superiore a 10 giorni viene corrisposta per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero, con un massimo di 30 giorni per evento.

Garanzia opzionale - Diaria da ricovero per malattia o parto

- La garanzia non opera per interventi su tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo, malattie dipendenti da gravidanza.

Assistenza: il servizio di assistenza non opera per i sinistri provocati o dipendenti da:

- Tutte le prestazioni di servizi di assistenza non possono essere fornite più di 3 volte entro ciascuna annualità assicurativa;
- Tutte le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 90 giorni di permanenza continuativa all'estero;
- Scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- Dolo dell'Assicurato;
- Suicidio o tentato suicidio;
- L'espianto e/o il trapianto di organi;
- Malattie nervose e mentali;
- Malattie o infortuni insorti anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti);
- Malattie o infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà,
- Corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Società si prescrive, ai sensi del codice civile nel termine di 2 anni che decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o suoi familiari/eredi devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società stessa. Per la garanzia di "Invalidità permanente per malattia" la denuncia deve avvenire entro 3 giorni da quando sia motivo di ritenere che la malattia possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che hanno determinato il sinistro, con una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico e dai successivi certificati medici che documentino il decorso delle lesioni, rinnovati alle scadenze previste se trattasi di "Inabilità temporanea da infortunio".
	Assistenza diretta / in convenzione: non presente.
	Gestione da parte di altre imprese: per le prestazioni dei servizi di assistenza, la gestione dei sinistri è effettuata da IMA Assistance. L'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa al num.verde 800.572.572 oppure al num. 02.24.12.85.70 (preceduto dal prefisso per l'Italia in caso si trovi all'estero). Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un fax al seguente numero: 02.24.12.82.45.
	Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	La Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di risoluzione automatica del contratto, viene restituita al contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto; - In caso di recesso, viene restituita al contraente la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	In aggiunta a quanto indicato nel DIP, si precisa che: <ul style="list-style-type: none"> - per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la copertura è operante dal 30° giorno dal pagamento effettivo e solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della copertura.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	È prevista l'immediata ed automatica risoluzione del contratto in caso di sopravvenienza di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, AIDS, sieropositività da HIV, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone e alle famiglie che desiderano tutelarsi in caso di infortunio o malattia. È adatto ai lavoratori autonomi o liberi professionisti, lavoratori dipendenti, artigiani, famiglie con figli, persone diversamente abili, casalinghe.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	26,0 %
----------------	--------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p style="text-align: center;"><i>Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 Email: reclami@cattolicaassicurazioni.it</i></p> <p>indicando i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente; - numero della polizza e nominativo del Contraente; - numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento; - indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. <p>La Società' gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</i></p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p><i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.</i></p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo a seguito di infortunio o malattia, possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Ogni parte designa un proprio consulente, mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e scelto tra i consulenti medici legali o, in caso di disaccordo, viene designato dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui si riunisce il collegio. L'incarico viene dato per iscritto al collegio medico, insieme a tutta la documentazione disponibile. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONDE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

OGNI GIORNO

CATTOLICA&SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione

MOD. OGNI GIORNO 2 - ED. 04/2021

sono parte integrante del Set Informativo

unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- **DIP Danni MOD. OGNI GIORNO DIP - ed. 04/2021**
- **DIP aggiuntivo Danni MOD. OGNI GIORNO DIP AGG - ed. 04/2021**



INDICE

DEFINIZIONI - GLOSSARIO	2
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (CGA)	5
SEZIONE INFORTUNI	12
SEZIONE MALATTIA	67
SEZIONE ASSISTENZA (ASS)	79
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO (SIN)	87

DEFINIZIONI - GLOSSARIO

Assicurazione o contratto

Il contratto di assicurazione.

Assicurato

La persona il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Beneficiario

La persona fisica o giuridica designata dal Contraente a favore della quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'assicurazione in caso di morte dell'Assicurato.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.

Convalescenza a domicilio

Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

Convivente more uxorio

La persona, che in base a un rapporto personale duraturo e continuativo con l'Assicurato, adeguatamente documentato e socialmente noto, convive stabilmente con l'Assicurato e ha in comune la residenza anagrafica (o il domicilio abituale) e lo stato di famiglia.

Day hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Durata

Il periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.

Franchigia/Scoperto

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Frattura scheletrica

La soluzione di continuo di una struttura ossea per sollecitazioni traumatiche eccedenti il suo limite di resistenza, che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico. **Non sono da considerare fratture le lesioni a strutture cartilaginee nonché le infrazioni.**

Gare di regolarità pura

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

Ictus cerebrale (di seguito ictus)

Accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia o infarto cerebrale (trombosi o embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico irreversibile immediatamente riscontrato in ambito di ricovero in Istituto di Cura.

Immobilizzo

Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento di fratture radiologicamente accertate.

Inabilità temporanea da infortunio

La perdita temporanea, totale o parziale, a seguito di infortunio, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Indennizzo

La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infarto miocardio acuto (di seguito infarto)

Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronario; la diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: dolore precordiale, alterazioni tipiche all'ECG, aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente, l'inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.

Infortuni professionali

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.

Sono inoltre compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato purché l'infortunio avvenga durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia pubblici che privati:

- nel tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa;
- nel tragitto dalla sede dove viene svolta l'attività lavorativa fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa;
- nel normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti se non è presente un servizio di mensa aziendale.

Infortuni extra-professionali

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale e cioè quelli che subisce durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari e la partecipazione ad attività di volontariato non retribuito.

Sono quindi esclusi tutti gli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.

Insorgenza

L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Invalidità permanente per infortunio

La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.

Istituito con la Legge n° 135 del 17 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'Art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattie coesistenti

Le malattie presenti nell'Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti

Le malattie presenti nell'Assicurato, che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Parti

Il Contraente e la Società.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.

Prestazioni

Nell'assistenza sono i servizi prestati dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Ricovero/Degenza

La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

Sforzo

L'evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.

Società

Cattolica Assicurazioni S.p.A..

Sport professionistico

L'attività sportiva svolta da atleti a favore di una società sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline che hanno riconosciuto il professionismo e regolamentate dal CONI in base alla Legge n° 91 del 1981 (e successive eventuali modifiche) e/o attività sportiva che comporti remunerazione diretta (compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti di uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una società o di un ente sportivo). Si precisa che non è considerato sport professionistico quello con remunerazione indiretta (compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito sottoforma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti e/o con premi monetari in base alla classifica di una gara/competizione).

Struttura Organizzativa

La struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, 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 di assistenza previste in polizza.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (CGA)

CGA Art. Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie meglio descritte nelle singole sezioni:

INFORTUNI

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- diaria da ricovero per infortunio;
- diaria da immobilizzazione;
- diaria per inabilità temporanea da infortunio;
- rimborso spese di cura per infortunio.

MALATTIA

- invalidità permanente per malattia;
- diaria da ricovero per malattia o parto.

ASSISTENZA

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie, e relative garanzie opzionali, in relazione alle quali risultino indicati nella scheda di polizza Mod. OGNI GIORNO 1 - ED. 03/05/2018 le somme assicurate e/o i massimali e i relativi premi o risulti, nella suddetta scheda, l'indicazione della loro operatività.

Per quanto riguarda la garanzia infortuni, la medesima è prestata durante lo svolgimento, come indicato nel contratto nell'allegata scheda Mod. OGNI GIORNO 1 - ED. 03/05/2018 :

- di una o più delle attività professionali indicate nel contratto e di ogni altra attività di carattere extra-professionale;
- limitatamente ad una o più delle attività professionali indicate nel contratto;
- limitatamente alle attività di carattere extra-professionale.

CGA Art. Decorrenza

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo. In particolare la garanzia ha effetto:

- per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo;
- per le malattie:
 - dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto;
 - dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte, e non note, prima della sottoscrizione del contratto. Sono comunque escluse le conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, noti, che abbiano, quindi, dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto. Per la garanzia "Invalidità permanente per malattia" (IPM) sono sempre escluse le conseguenze relative a infortuni, malattie, malformazioni o stati patologici insorti anteriormente all'effetto del contratto, anche se non noti;
 - dal 300° giorno successivo a quello di pagamento effettivo per il parto.
Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante dal 30° giorno dal pagamento effettivo e solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Se il contratto viene emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi Assicurati, i termini sopraindicati decorrono:

- dalla data di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e ai maggiori massimali da essa previsti.

La norma vale anche per le variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

CGA Art. Proroga del contratto

Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

Tacito rinnovo

Se il Contraente lo richiede e viene pertanto indicato "SI" alla voce tacito rinnovo nella scheda di polizza, in mancanza di disdetta esercitata dalle parti mediante raccomandata A.R. inviata almeno sessanta giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno.

La Società ha la possibilità di modificare le condizioni di premio al momento del rinnovo del contratto.

Le indicazioni circa il nuovo ammontare del premio vengono fornite presso l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto stesso.

Il Contraente, dopo aver preso visione delle nuove condizioni di premio, può accettarle ed in tal caso il contratto si rinnova.

Se il Contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove condizioni di premio entro la scadenza annuale, il contratto si intenderà disdettato e quindi risolto a detta scadenza.

Se il Contraente accetta le nuove condizioni, dovrà pagare il nuovo premio entro quindici giorni dalla scadenza annuale del contratto, e il pagamento costituisce in ogni caso dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni di premio di polizza. Qualora detto pagamento fosse eseguito dopo quindici giorni dalla scadenza contrattuale la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Poliennialità

Se il contratto è stato stipulato per una durata poliennale ed è stato pertanto applicato lo sconto come previsto dall'Art. 1899 del codice civile, il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della:

scadenza naturale del contratto, se di durata inferiore o uguale a cinque anni (più eventuale rateo);

scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (più eventuale rateo), e purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.

CGA Art. Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali, determina la immediata ed automatica risoluzione dell'intero contratto.

In questo caso la Società restituisce al Contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto. Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, poiché la sopravvenienza della patologia in un Assicurato comporta l'annullamento dell'intero contratto, la Società si impegna, per i restanti Assicurati, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza annullata.

CGA Art. Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del codice civile.

CGA Art. Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'Art. 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

Qualora il Contraente non sia consumatore ai sensi dell'Art. 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, la Società ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al Contraente con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

CGA Art. Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Si farà comunque riferimento a quanto indicato in "IPI Art. Garanzia per diversamente abili" per gli assicurati diversamente abili.

CGA Art. Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a. asfissia di origine non morbosa;
- b. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c. annegamento;
- d. assideramento o congelamento;
- e. colpi di sole o di calore;
- f. le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, **esclusa la malaria**;
- g. infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 del codice civile);
- h. infortuni causati da tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'Art. 1912 del codice civile);
- i. infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene**;
- j. lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.
- k. le conseguenze di movimenti tellurici, limitatamente alle sole garanzie Morte e Invalidità Permanente se attivate, per la somma assicurata in polizza ma con il massimo di 75.000 euro per ognuna delle due garanzie e per ogni assicurato. Sulla garanzia Invalidità Permanente è applicata una franchigia assoluta pari al 24%, se in polizza è stata scelta una franchigia inferiore a questa, altrimenti si applica quella di polizza.

Ernie addominali da sforzo

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea per infortunio se prevista dal contratto. **Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI).**

Rotture sottocutanee

L'assicurazione infortuni comprende inoltre gli esiti conseguenti di traumi diretti di rottura sottocutanea, di seguito indicati:

- tendine di Achille;
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori.

Per le lesioni di cui sopra, la Società corrisponde forfettariamente, qualora in polizza sia compresa la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI), una indennità pari al 5% della somma assicurata senza applicazione della franchigia prevista in polizza e per un importo massimo di 30.000 € per sinistro e per anno assicurativo.

Si precisa che:

- **per tali lesioni non verranno corrisposti altri indennizzi per le altre garanzie eventualmente previste in polizza, con esclusione della garanzia "Assistenza" (ASS);**
- **nel corso del contratto, considerando anche eventuali contratti sostituiti, non potrà essere indennizzato, per ogni arto, più di un sinistro relativo a ciascuna delle lesioni sopra indicate.**

CGA Art. Sport assicurati

La garanzia vale per gli sport **non professionistici** di seguito indicati:

- a. Sport non agonistici
pratica di attività sportive a carattere ricreativo che **non** prevedano un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva. Rientrano in questa classificazione anche gli sport che comportino la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti e gli sport che pur prevedendo un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva non

- presentino carattere agonistico;
- b. Sport agonistici a basso rischio
partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche con preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- c. Alpinismo
su roccia e accesso ai ghiacciai fino al 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche) purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing.

CGA Art. Sport assicurati con limitazioni

Per gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport:

- d. Sport agonistici in genere
partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque altro sport, diverso da quelli definiti a "basso rischio" indicati alla lettera b. del precedente "CGA Art. Sport assicurati", che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;
- e. Alpinismo
su roccia e accesso ai ghiacciai oltre il 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche) purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing;
- f. Speleologia non a carattere professionale
purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;
- g. Immersioni subacquee con uso di autorespiratore
comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale. La copertura opera a condizione che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure nell'ambito dello svolgimento di corsi di abilitazione con presenza di istruttore;

saranno operative le limitazioni di seguito indicate:

- **l'indennizzo previsto dalle garanzie di polizza viene ridotto della metà, e in ogni caso la somma assicurata per le garanzie morte e invalidità permanente per infortunio, non potrà superare per ciascuna garanzia l'importo di 350.000 €, se la somma assicurata scelta dovesse eccedere tale importo;**
- **per la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI) non opera la tabella di indennizzo scelta in polizza ma la "Tabella di indennizzo - Rischi particolari";**
- **non è operativa la garanzia "Diaria per inabilità temporanea da infortunio" (DIT) e le relative garanzie opzionali, se scelte in polizza;**
- **nella garanzia "DIM Art. Diaria da immobilizzazione", se scelta in polizza, l'indennizzo è corrisposto esclusivamente in caso di fratture o di lesioni capsulo legamentose accertate in regime di pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da medico ortopedico specialista, e sottraendo cinque giorni di franchigia dai giorni di indennizzo previsti;**
- **per le seguenti prestazioni la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio" (RSC), se scelta in polizza, è prestata fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:**
 - laserterapia;
 - magnetoterapia;
 - T.A.C.;
 - risonanza magnetica;
 - artroscopia;
 - tecarterapia.

Inoltre, qualora in seguito ad infortunio che abbia dato luogo a ricovero si rendano necessarie cure fisioterapiche, la relativa garanzia sarà operante fino al massimo del 30% della somma assicurata e con un massimo di € 3.500 per evento e per anno assicurativo. Infine, qualora l'infortunio non dia luogo a ricovero, la prestazione Rimborso Spese di Cura opererà:

- solo se l'infortunio è stato accertato da pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da medico ortopedico specialista,
 - è prevista l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 100,00 per sinistro,
 - la garanzia per eventuali cure fisioterapiche che dovessero rendersi necessarie sarà operante per un importo massimo del 30% della somma assicurata e con il massimo di € 2.500 per evento e per anno assicurativo;
- non è operante la "IPI Art. Pronta liquidazione";
 - non sono operanti le seguenti garanzie opzionali, se scelte in polizza:
 - "Tabella di indennizzo - Franchigia assoluta (O)" (IPI), se la franchigia scelta in polizza è inferiore al 10%;

- "Tabella di indennizzo - Sopravalutazione fino a 300.000 € (L)" (IPI);
- "Tabella di indennizzo - Franchigia relativa fino a 300.000 € (P)" (IPI), se la franchigia scelta in polizza è inferiore al 10%.

Se è stata scelta la garanzia opzionale "OPZ Art. Attività sportive svolte non professionalmente (N)", la garanzia viene prestata senza la riduzione della metà dell'indennizzo e senza il limite di 350.000 euro per le garanzie Morte e Invalidità permanente per infortunio.

CGA Art. Sport assicurabili solo con patto speciale

I seguenti sport, svolti non a carattere professionistico, **possono essere** compresi se viene scelta in polizza la garanzia opzionale "OPZ Art. Attività sportive assicurabili solo con patto speciale (N1)":

- arti marziali, rugby;**
- sport con autoveicoli o motoveicoli anche se su pista. Restano compresi gli infortuni derivanti da competizioni di regolarità pura, come riportato in "CGA Art. Sport assicurati";**
- sport con natanti a motore o motonautici a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura;**
- sport aerei compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).**

CGA Art. Sport esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- **qualsiasi sport professionistico;**
- **pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), free solo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, bmx, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), dalla pratica dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, kite surf, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), body bulding/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche. L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non limitativo, essendo esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di alta pericolosità.**

Sono inoltre esclusi l'alpinismo, la speleologia e le immersioni subacquee svolte con modalità diverse da quelle indicate alle lettere c., e., f., g. dei precedenti "CGA Art. Sport assicurati" e "CGA Art. Sport assicurati con limitazioni".

CGA Art. Rischio volo

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), **a condizione che non siano eserciti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.**

L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato è salito a bordo in un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso. Sono inoltre considerati infortuni anche quelli occorsi in conseguenza di imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

CGA Art. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. **Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero:** tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

CGA Art. Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1912 del codice civile, sono esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili con l'eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero.** Si precisa che non sono considerati "atti di guerra od insurrezione" le azioni di organizzazioni terroristiche e/o politiche anche se inquisite per insurrezione armata contro i poteri costituiti o simili imputazioni. Si precisa che se il sinistro non è relativo ad atti di guerra verrà comunque considerato in

copertura anche se verificatosi in un paese considerato a rischio guerra.

CGA Art. Rischi esclusi

Rischi esclusi nella garanzia Infortuni.

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a. guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b. guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- c. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d. azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Rischi esclusi nella garanzia Malattia.

Per quanto riguarda la garanzia malattia, se scelta in polizza, l'assicurazione non comprende:

- f. i ricoveri conseguenti a malattia, infortunio, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- g. i ricoveri dovuti a interruzioni volontarie di gravidanza;
- h. day hospital con finalità diagnostiche (c.d. check up);
- i. le invalidità permanenti per malattia conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici o stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o insorti anteriormente alla data di effetto del contratto, nonché manifestati oltre un anno dalla cessazione;
- j. le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- k. le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- l. i ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere.

Rischi esclusi nelle garanzie Infortuni e Malattia.

Per quanto riguarda le garanzie infortuni e malattie scelte in polizza, l'assicurazione non comprende:

- m. gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- n. gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer;
- o. gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- p. i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- q. gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocati dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
- r. le conseguenze di guerre, alluvioni, esondazioni, inondazioni o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;
- s. le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

CGA Art. Cambiamento dell'attività professionale

L'Assicurato deve comunicare alla Società ogni cambiamento della sua attività professionale.

In caso di mancata comunicazione, se si verifica un infortunio durante lo svolgimento di una diversa attività l'indennizzo viene corrisposto:

- integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
- in misura ridotta come stabilito nella tabella delle percentuali sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.

CALCOLO PERCENTUALI DI INDENNIZZO

CLASSE DI RISCHIO	
Attività svolta	Attività professionale dichiarata

al momento del sinistro	1	2	3	4	5
1	100%	100%	100%	100%	100%
2	87%	100%	100%	100%	100%
3	60%	69%	100%	100%	100%
4	55%	63%	92%	100%	100%
5	38%	44%	63%	69%	100%

Per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si fa riferimento al documento "Classificazione delle attività professionali" (ove sono indicati anche i corrispondenti codici di attività).

Il documento "Classificazione delle attività professionali" è consultabile sul sito www.cattolica.it oppure presso l'Agenzia in cui è stata sottoscritta la polizza.

Per la classificazione di attività eventualmente non specificate nell'elenco vengono utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a una attività elencata. Le disposizioni contenute in questo articolo non vengono applicate alle garanzie "Diaria da ricovero per malattia o parto" (DM), "Invalidità permanente per malattia" (IPM) e "Assistenza" (ASS) se scelte in polizza.

CGA Art. Limite di età

Gli Assicurati possono avere fino a 80 anni di età.

Se vengono scelte le garanzie "Invalidità permanente per malattia" (IPM) o "Invalidità permanente per malattie gravi (T)", o "Invalidità Permanente da Malattia per Ictus o Infarto (T1)" il limite di età si riduce a 65 anni.

Nel caso in cui l'Assicurato compia l'età massima assicurabile nel corso del contratto, il contratto conserva efficacia fino alla sua scadenza annuale.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, poiché il superamento del limite d'età anche di un solo Assicurato comporta l'annullamento dell'intero contratto, la Società si impegna, per gli Assicurati che non hanno superato il limite di età, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza annullata.

Tali disposizioni non si applicano se la polizza non si rinnova tacitamente (nella scheda di polizza è riportato "NO" alla voce "Tacito rinnovo").

CGA Art. Oneri fiscali

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

CGA Art. Foro competente

Foro competente è quello del luogo in cui il contraente ha la sede, oppure la residenza o il domicilio elettivo.

CGA Art. Mancato rinnovo a scadenza

Il contratto s'intende estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta, se nella polizza alla voce "Tacito Rinnovo" viene riportato il testo "NO".

CGA Art. Modifiche delle informazioni contenute nel Set Informativo

La Società si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.cattolica.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 dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

SEZIONE INFORTUNI

MORTE PER INFORTUNIO (M) GARANZIA BASE

M Art. Morte per infortunio

La Società corrisponde in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la somma assicurata ai Beneficiari o in difetto di designazione agli eredi in parti uguali.

M Art. Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, **la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli Artt. 60 e 62 del codice civile.**

Se dopo il pagamento dell'indennizzo risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

M Art. Cumulo dell'indennità

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

M Art. Commorienza del coniuge

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100% e con il limite massimo di maggiorazione di 400.000 € nei seguenti casi:

- a favore di uno o più figli minori che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) deceduti;
- a favore di un figlio con handicap che abbia una invalidità di almeno il 60%.

Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di 400.000 €.

INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO (IPI) GARANZIA BASE

IPI Art. Invalidità permanente per infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.

IPI Art. Tabella di accertamento dell'invalidità permanente - Tabella INAIL

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL" di seguito riportata, convenzionalmente chiamata Tabella INAIL.

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE - TABELLA INAIL

(Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 escluse successive modifiche ed integrazioni)

Perdita totale anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%

Altre menomazioni della facoltà visiva:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per 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	0/10	35%	65%

NOTE:

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%;

5. in caso di afachia monolaterale con:
- visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%;
 - visus corretto di 7/10 18%;
 - visus corretto di 6/10 21%;
 - visus corretto di 5/10 24%;
 - visus corretto di 4/10 28%;
 - visus corretto di 3/10 32%;
 - visus corretto 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 percentuale riportata nella tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
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%
Perdita di un testicolo		0%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio		12%
Perdita totale dell'anulare		8%
Perdita totale del mignolo		12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a. in semipronazione:	30%	25%
b. in pronazione	35%	30%
c. in supinazione	45%	40%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a. in semipronazione	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%

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

Per gli esiti di rottura sottocutanea, del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), del tendine dell'estensore del pollice, del tendine del quadricipite femorale, della cuffia dei rotatori, vale quanto indicato in "CGA Art. Rischi compresi".

N.B.: In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

IPI Art. Tabella di accertamento dell'invalidità permanente - Tabella ANIA (H1)

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla "Tabella ANIA - Invalidità permanente per infortunio" di seguito riportata, convenzionalmente chiamata Tabella ANIA.

TABELLA ANIA - INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Perdita totale anatomica o funzionale:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
arto superiore	70%
mano o avambraccio	60%
pollice	18%
indice	14%
medio	8%
anulare	8%
mignolo	12%

Perdita totale anatomica o funzionale:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
falange del pollice	9%
falange di altro dito della mano	1/3 del dito
occhio	25%
ambidue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
dodicesima dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Anchilosi:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
anca in posizione favorevole	35%
ginocchio in estensione	25%
tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%
Paralisi completa:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
del nervo radiale	35%
del nervo ulnare	20%
dello sciatico popliteo esterno	15%
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
sopra la metà della coscia	70%
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%

Amputazione o perdita funzionale di:	Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
una falange dell'alluce	2,5%
ernie addominali da sforzo non operabile max	10%

Per gli esiti di rottura sottocutanea, del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), del tendine dell'estensore del pollice, del tendine del quadricipite femorale, della cuffia dei rotatori, vale quanto indicato in "CGA Art. Rischi compresi".

IPI Art. Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

IPI Art. Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista nella tabella scelta, si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

IPI Art. Massimo indennizzo per lesioni plurime

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

IPI Art. Tabella di indennizzo - Base

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio, determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la seguente tabella:

TABELLA DI INDENNIZZO - BASE

I N C V A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%(*)	0%	0%	2%	0%(*)	0%	0%
3%	0%(*)	0%	0%	4%	1%	0%	0%
5%	2%	0%	0%	6%	3%	1%	0%
7%	4%	2%	0%	8%	5%	3%	0%
9%	6%	4%	0%	10%	7%	5%	0%
11%	8%	6%	1%	12%	9%	7%	2%
13%	10%	8%	3%	14%	11%	9%	4%
15%	13%	10%	5%	16%	14%	11%	6%
17%	15%	12%	7%	18%	16%	13%	8%
19%	17%	14%	9%	20%	18%	15%	10%
21%	19%	16%	11%	22%	20%	17%	12%
23%	22%	18%	13%	24%	23%	19%	14%
25%	24%	20%	15%	26%	27%	21%	16%
27%	28%	22%	17%	28%	30%	23%	18%
29%	31%	24%	19%	30%	32%	25%	20%
31%	33%	26%	21%	32%	34%	27%	22%
33%	36%	28%	23%	34%	37%	29%	24%
35%	38%	30%	25%	36%	39%	31%	26%
37%	41%	32%	27%	38%	42%	33%	28%
39%	43%	34%	29%	40%	44%	35%	30%
41%	45%	36%	31%	42%	47%	37%	32%
43%	48%	38%	33%	44%	49%	39%	34%
45%	50%	40%	35%	46%	51%	41%	36%
47%	53%	42%	37%	48%	54%	43%	38%
49%	55%	44%	39%	50%	56%	45%	40%
51%	66%	51%	51%	52%	67%	52%	52%
53%	69%	53%	53%	54%	70%	54%	54%
55%	71%	55%	55%	56%	73%	56%	56%
57%	74%	57%	57%	58%	75%	58%	58%
59%	76%	59%	59%	60%	78%	60%	60%
61%	79%	61%	61%	62%	80%	62%	62%
63%	82%	63%	63%	64%	83%	64%	64%
65%	84%	65%	65%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%

I N C E R T A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA			I N C E R T A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%
89%	115%	89%	89%	90%	117%	90%	90%
91%	118%	91%	91%	92%	119%	92%	92%
93%	120%	93%	93%	94%	122%	94%	94%
95%	123%	95%	95%	96%	124%	96%	96%
97%	126%	97%	97%	98%	127%	98%	98%
99%	128%	99%	99%	100%	130%	100%	100%

(*) Salvo quanto previsto da "IPI Art. Pronta liquidazione". La pronta liquidazione può essere utilizzata in alternativa all'indennizzo calcolato secondo quanto indicato nella tabella sopra indicata.

Se al momento del sinistro l'Assicurato:

- risulti in una classe di rischio 1 o 2 della "Classificazione delle attività professionali";
- e sia alla guida di un veicolo che richieda una patente di categoria superiore alla B o di una macchina agricola o operatrice;

in luogo della tabella sopra riportata, viene utilizzata la "Tabella di indennizzo - Rischi particolari".

Il documento "Classificazione delle attività professionali" è consultabile sul sito www.cattolica.it oppure presso l'Agenzia in cui la polizza è stata sottoscritta.

IPI Art. Tabella di indennizzo - Privilegiata (M1)

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la seguente tabella:

TABELLA DI INDENNIZZO - PRIVILEGIATA

INVALIDITA' ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000€	oltre 300.000€ e fino a 600.000€	oltre 600.000€
	Percentuale da liquidare		
1%	0%(*)	0%	0%
2%	0%(*)	0%	0%
3%	0%(*)	0%	0%
4%	1%	0%	0%
5%	2%	0%	0%
6%	3%	1%	0%
7%	4%	2%	0%
8%	5%	3%	0%
9%	6%	4%	0%
10%	8%	5%	0%

INVALIDITA' ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000€	oltre 300.000€ e fino a 600.000€	oltre 600.000€
	Percentuale da liquidare		
11%	10%	6%	1%
12%	12%	7%	2%
13%	13%	8%	3%
14%	14%	9%	4%
15%	16%	10%	5%
16%	17%	11%	6%
17%	18%	12%	7%
18%	19%	13%	8%
19%	20%	14%	9%
20%	21%	15%	10%
21%	23%	16%	11%
22%	25%	17%	12%
23%	27%	18%	13%
24%	29%	19%	14%
25%	31%	25%	25%
26%	33%	26%	26%
27%	35%	27%	27%
28%	37%	28%	28%
29%	39%	29%	29%
30%	41%	30%	30%
31%	43%	31%	31%
32%	45%	32%	32%
33%	47%	33%	33%
34%	51%	34%	34%
35%	54%	35%	35%
36%	57%	36%	36%
37%	60%	37%	37%
38%	63%	38%	38%
39%	66%	39%	39%
40%	69%	40%	40%
41%	72%	41%	41%
42%	75%	42%	42%
43%	78%	43%	43%
44%	81%	44%	44%
45%	84%	45%	45%
46%	87%	46%	46%
47%	90%	47%	47%
48%	93%	48%	48%
49%	96%	49%	49%
50%	100%	50%	50%
51%	102%	51%	51%
52%	105%	52%	52%
53%	108%	53%	53%
54%	111%	54%	54%
55%	114%	55%	55%
56%	117%	56%	56%
57%	120%	57%	57%
58%	123%	58%	58%
59%	126%	59%	59%

INVALIDITA' ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000€	oltre 300.000€ e fino a 600.000€	oltre 600.000€
	Percentuale da liquidare		
60%	129%	60%	60%
61%	132%	61%	61%
62%	135%	62%	62%
63%	138%	63%	63%
64%	141%	64%	64%
65%	144%	65%	65%
66%	147%	66%	66%
67%	150%	67%	67%
68%	154%	68%	68%
69%	157%	69%	69%
70%	161%	70%	70%
71%	164%	71%	71%
72%	167%	72%	72%
73%	171%	73%	73%
74%	174%	74%	74%
75%	178%	75%	75%
76%	183%	76%	76%
77%	188%	77%	77%
78%	193%	78%	78%
79%	198%	79%	79%
80%	203%	80%	80%
81%	209%	81%	81%
82%	215%	82%	82%
83%	222%	83%	83%
84%	227%	84%	84%
85%	230%	85%	85%
86%	230%	86%	86%
87%	230%	87%	87%
88%	230%	88%	88%
89%	230%	89%	89%
90%	230%	90%	90%
91%	230%	91%	91%
92%	230%	92%	92%
93%	230%	93%	93%
94%	230%	94%	94%
95%	230%	95%	95%
96%	230%	96%	96%
97%	230%	97%	97%
98%	230%	98%	98%
99%	230%	99%	99%
100%	230%	100%	100%

(*) Salvo quanto previsto da "IPI Art. Pronta liquidazione". La pronta liquidazione può essere utilizzata in alternativa all'indennizzo calcolato secondo quanto indicato nella tabella sopra indicata.

Se al momento del sinistro l'Assicurato:

- risulti in una classe di rischio 1 o 2 della "Classificazione delle attività professionali";
- e sia alla guida di un veicolo che richieda una patente di categoria superiore alla B o di una macchina agricola o operatrice;

in luogo alla tabella sopra riportata viene utilizzata la "Tabella di indennizzo - Rischi particolari" (IPI).

Il documento "Classificazione delle attività professionali" è consultabile sul sito www.cattolica.it oppure presso l'Agenzia in cui la polizza è stata sottoscritta.

IPI Art. Tabella di indennizzo - Franchigia assoluta (O)

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio, determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la seguente tabella:

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Franchigia assoluta 5%

I N C V A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	1%	1%	0%
7%	2%	2%	0%	8%	3%	3%	0%
9%	4%	4%	0%	10%	5%	5%	0%
11%	6%	6%	1%	12%	7%	7%	2%
13%	8%	8%	3%	14%	9%	9%	4%
15%	10%	10%	5%	16%	11%	11%	6%
17%	12%	12%	7%	18%	13%	13%	8%
19%	14%	14%	9%	20%	15%	15%	10%
21%	16%	16%	11%	22%	17%	17%	12%
23%	18%	18%	13%	24%	19%	19%	14%
25%	20%	20%	15%	26%	22%	21%	16%
27%	23%	22%	17%	28%	25%	23%	18%
29%	26%	24%	19%	30%	27%	25%	20%
31%	28%	26%	21%	32%	29%	27%	22%
33%	31%	28%	23%	34%	32%	29%	24%
35%	33%	30%	25%	36%	34%	31%	26%
37%	36%	32%	27%	38%	37%	33%	28%
39%	38%	34%	29%	40%	39%	35%	30%
41%	40%	36%	31%	42%	42%	37%	32%
43%	43%	38%	33%	44%	44%	39%	34%
45%	45%	40%	35%	46%	46%	41%	36%
47%	48%	42%	37%	48%	49%	43%	38%
49%	50%	44%	39%	50%	51%	45%	40%
51%	61%	46%	41%	52%	62%	47%	42%
53%	64%	48%	43%	54%	65%	49%	44%
55%	66%	50%	45%	56%	68%	51%	46%
57%	69%	52%	47%	58%	70%	53%	48%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
59%	71%	54%	49%	60%	73%	55%	50%
61%	74%	56%	51%	62%	75%	57%	52%
63%	77%	58%	53%	64%	78%	59%	54%
65%	79%	60%	55%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%
89%	115%	89%	89%	90%	117%	90%	90%
91%	118%	91%	91%	92%	119%	92%	92%
93%	120%	93%	93%	94%	122%	94%	94%
95%	123%	95%	95%	96%	124%	96%	96%
97%	126%	97%	97%	98%	127%	98%	98%
99%	128%	99%	99%	100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Tabella di indennizzo Privilegiata (M1) (IPI) e Franchigia assoluta 5%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	1%	1%	0%
7%	2%	2%	0%	8%	3%	3%	0%
9%	4%	4%	0%	10%	5%	5%	0%
11%	6%	6%	1%	12%	7%	7%	2%
13%	8%	8%	3%	14%	9%	9%	4%
15%	11%	10%	5%	16%	12%	11%	6%
17%	13%	12%	7%	18%	14%	13%	8%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
19%	15%	14%	9%
21%	18%	16%	11%
23%	22%	18%	13%
25%	26%	20%	15%
27%	30%	22%	17%
29%	34%	24%	19%
31%	38%	26%	21%
33%	42%	28%	23%
35%	49%	30%	25%
37%	55%	32%	27%
39%	61%	34%	29%
41%	67%	36%	31%
43%	73%	38%	33%
45%	79%	40%	35%
47%	85%	42%	37%
49%	91%	44%	39%
51%	97%	46%	41%
53%	103%	48%	43%
55%	109%	50%	45%
57%	115%	52%	47%
59%	121%	54%	49%
61%	127%	56%	51%
63%	133%	58%	53%
65%	139%	60%	55%
67%	150%	67%	67%
69%	157%	69%	69%
71%	164%	71%	71%
73%	171%	73%	73%
75%	178%	75%	75%
77%	188%	77%	77%
79%	198%	79%	79%
81%	209%	81%	81%
83%	222%	83%	83%
85%	230%	85%	85%
87%	230%	87%	87%
89%	230%	89%	89%
91%	230%	91%	91%
93%	230%	93%	93%
95%	230%	95%	95%
97%	230%	97%	97%
99%	230%	99%	99%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
20%	16%	15%	10%
22%	20%	17%	12%
24%	24%	19%	14%
26%	28%	21%	16%
28%	32%	23%	18%
30%	36%	25%	20%
32%	40%	27%	22%
34%	46%	29%	24%
36%	52%	31%	26%
38%	58%	33%	28%
40%	64%	35%	30%
42%	70%	37%	32%
44%	76%	39%	34%
46%	82%	41%	36%
48%	88%	43%	38%
50%	95%	45%	40%
52%	100%	47%	42%
54%	106%	49%	44%
56%	112%	51%	46%
58%	118%	53%	48%
60%	124%	55%	50%
62%	130%	57%	52%
64%	136%	59%	54%
66%	147%	66%	66%
68%	154%	68%	68%
70%	161%	70%	70%
72%	167%	72%	72%
74%	174%	74%	74%
76%	183%	76%	76%
78%	193%	78%	78%
80%	203%	80%	80%
82%	215%	82%	82%
84%	227%	84%	84%
86%	230%	86%	86%
88%	230%	88%	88%
90%	230%	90%	90%
92%	230%	92%	92%
94%	230%	94%	94%
96%	230%	96%	96%
98%	230%	98%	98%
100%	230%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Franchigia assoluta 10%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	1%	1%	1%	12%	2%	2%	2%
13%	3%	3%	3%	14%	4%	4%	4%
15%	5%	5%	5%	16%	6%	6%	6%
17%	7%	7%	7%	18%	8%	8%	8%
19%	9%	9%	9%	20%	10%	10%	10%
21%	11%	11%	11%	22%	12%	12%	12%
23%	13%	13%	13%	24%	14%	14%	14%
25%	15%	15%	15%	26%	17%	16%	16%
27%	18%	17%	17%	28%	20%	18%	18%
29%	21%	19%	19%	30%	22%	20%	20%
31%	23%	21%	21%	32%	24%	22%	22%
33%	26%	23%	23%	34%	27%	24%	24%
35%	28%	25%	25%	36%	29%	26%	26%
37%	31%	27%	27%	38%	32%	28%	28%
39%	33%	29%	29%	40%	34%	30%	30%
41%	35%	31%	31%	42%	37%	32%	32%
43%	38%	33%	33%	44%	39%	34%	34%
45%	40%	35%	35%	46%	41%	36%	36%
47%	43%	37%	37%	48%	44%	38%	38%
49%	45%	39%	39%	50%	46%	40%	40%
51%	56%	41%	41%	52%	57%	42%	42%
53%	59%	43%	43%	54%	60%	44%	44%
55%	61%	45%	45%	56%	63%	46%	46%
57%	64%	47%	47%	58%	65%	48%	48%
59%	66%	49%	49%	60%	68%	50%	50%
61%	69%	51%	51%	62%	70%	52%	52%
63%	72%	53%	53%	64%	73%	54%	54%
65%	74%	55%	55%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
89%	115%	89%	89%
91%	118%	91%	91%
93%	120%	93%	93%
95%	123%	95%	95%
97%	126%	97%	97%
99%	128%	99%	99%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
90%	117%	90%	90%
92%	119%	92%	92%
94%	122%	94%	94%
96%	124%	96%	96%
98%	127%	98%	98%
100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Tabella di indennizzo Privilegiata (M1) (IPI) e Franchigia assoluta 10%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%
11%	1%	1%	1%
13%	3%	3%	3%
15%	6%	5%	5%
17%	8%	7%	7%
19%	10%	9%	9%
21%	13%	11%	11%
23%	17%	13%	13%
25%	21%	15%	15%
27%	25%	17%	17%
29%	29%	19%	19%
31%	33%	21%	21%
33%	37%	23%	23%
35%	44%	25%	25%
37%	50%	27%	27%
39%	56%	29%	29%
41%	62%	31%	31%
43%	68%	33%	33%
45%	74%	35%	35%
47%	80%	37%	37%
49%	86%	39%	39%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
2%	0%	0%	0%
4%	0%	0%	0%
6%	0%	0%	0%
8%	0%	0%	0%
10%	0%	0%	0%
12%	2%	2%	2%
14%	4%	4%	4%
16%	7%	6%	6%
18%	9%	8%	8%
20%	11%	10%	10%
22%	15%	12%	12%
24%	19%	14%	14%
26%	23%	16%	16%
28%	27%	18%	18%
30%	31%	20%	20%
32%	35%	22%	22%
34%	41%	24%	24%
36%	47%	26%	26%
38%	53%	28%	28%
40%	59%	30%	30%
42%	65%	32%	32%
44%	71%	34%	34%
46%	77%	36%	36%
48%	83%	38%	38%
50%	90%	40%	40%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
51%	92%	41%	41%	52%	95%	42%	42%
53%	98%	43%	43%	54%	101%	44%	44%
55%	104%	45%	45%	56%	107%	46%	46%
57%	110%	47%	47%	58%	113%	48%	48%
59%	116%	49%	49%	60%	119%	50%	50%
61%	122%	51%	51%	62%	125%	52%	52%
63%	128%	53%	53%	64%	131%	54%	54%
65%	134%	55%	55%	66%	147%	66%	66%
67%	150%	67%	67%	68%	154%	68%	68%
69%	157%	69%	69%	70%	161%	70%	70%
71%	164%	71%	71%	72%	167%	72%	72%
73%	171%	73%	73%	74%	174%	74%	74%
75%	178%	75%	75%	76%	183%	76%	76%
77%	188%	77%	77%	78%	193%	78%	78%
79%	198%	79%	79%	80%	203%	80%	80%
81%	209%	81%	81%	82%	215%	82%	82%
83%	222%	83%	83%	84%	227%	84%	84%
85%	230%	85%	85%	86%	230%	86%	86%
87%	230%	87%	87%	88%	230%	88%	88%
89%	230%	89%	89%	90%	230%	90%	90%
91%	230%	91%	91%	92%	230%	92%	92%
93%	230%	93%	93%	94%	230%	94%	94%
95%	230%	95%	95%	96%	230%	96%	96%
97%	230%	97%	97%	98%	230%	98%	98%
99%	230%	99%	99%	100%	230%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Franchigia assoluta 15%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	2%	2%	2%
19%	4%	4%	4%
21%	6%	6%	6%
23%	8%	8%	8%
25%	10%	10%	10%
27%	13%	12%	12%
29%	16%	14%	14%
31%	18%	16%	16%
33%	21%	18%	18%
35%	23%	20%	20%
37%	26%	22%	22%
39%	28%	24%	24%
41%	30%	26%	26%
43%	33%	28%	28%
45%	35%	30%	30%
47%	38%	32%	32%
49%	40%	34%	34%
51%	51%	36%	36%
53%	54%	38%	38%
55%	56%	40%	40%
57%	59%	42%	42%
59%	61%	44%	44%
61%	64%	46%	46%
63%	67%	48%	48%
65%	69%	50%	50%
67%	87%	67%	67%
69%	89%	69%	69%
71%	92%	71%	71%
73%	94%	73%	73%
75%	97%	75%	75%
77%	100%	77%	77%
79%	102%	79%	79%
81%	105%	81%	81%
83%	107%	83%	83%
85%	110%	85%	85%
87%	113%	87%	87%
89%	115%	89%	89%
91%	118%	91%	91%
93%	120%	93%	93%
95%	123%	95%	95%
97%	126%	97%	97%
99%	128%	99%	99%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
14%	0%	0%	0%
16%	1%	1%	1%
18%	3%	3%	3%
20%	5%	5%	5%
22%	7%	7%	7%
24%	9%	9%	9%
26%	12%	11%	11%
28%	15%	13%	13%
30%	17%	15%	15%
32%	19%	17%	17%
34%	22%	19%	19%
36%	24%	21%	21%
38%	27%	23%	23%
40%	29%	25%	25%
42%	32%	27%	27%
44%	34%	29%	29%
46%	36%	31%	31%
48%	39%	33%	33%
50%	41%	35%	35%
52%	52%	37%	37%
54%	55%	39%	39%
56%	58%	41%	41%
58%	60%	43%	43%
60%	63%	45%	45%
62%	65%	47%	47%
64%	68%	49%	49%
66%	85%	66%	66%
68%	88%	68%	68%
70%	91%	70%	70%
72%	93%	72%	72%
74%	96%	74%	74%
76%	99%	76%	76%
78%	101%	78%	78%
80%	104%	80%	80%
82%	106%	82%	82%
84%	109%	84%	84%
86%	111%	86%	86%
88%	114%	88%	88%
90%	117%	90%	90%
92%	119%	92%	92%
94%	122%	94%	94%
96%	124%	96%	96%
98%	127%	98%	98%
100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Tabella di indennizzo Privilegiata (M1) (IPI) e Franchigia assoluta 15%

I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	0%
15%	1%	0%	0%	16%	2%	1%	1%
17%	3%	2%	2%	18%	4%	3%	3%
19%	5%	4%	4%	20%	6%	5%	5%
21%	8%	6%	6%	22%	10%	7%	7%
23%	12%	8%	8%	24%	14%	9%	9%
25%	16%	10%	10%	26%	18%	11%	11%
27%	20%	12%	12%	28%	22%	13%	13%
29%	24%	14%	14%	30%	26%	15%	15%
31%	28%	16%	16%	32%	30%	17%	17%
33%	32%	18%	18%	34%	36%	19%	19%
35%	39%	20%	20%	36%	42%	21%	21%
37%	45%	22%	22%	38%	48%	23%	23%
39%	51%	24%	24%	40%	54%	25%	25%
41%	57%	26%	26%	42%	60%	27%	27%
43%	63%	28%	28%	44%	66%	29%	29%
45%	69%	30%	30%	46%	72%	31%	31%
47%	75%	32%	32%	48%	78%	33%	33%
49%	81%	34%	34%	50%	85%	35%	35%
51%	87%	36%	36%	52%	90%	37%	37%
53%	93%	38%	38%	54%	96%	39%	39%
55%	99%	40%	40%	56%	102%	41%	41%
57%	105%	42%	42%	58%	108%	43%	43%
59%	111%	44%	44%	60%	114%	45%	45%
61%	117%	46%	46%	62%	120%	47%	47%
63%	123%	48%	48%	64%	126%	49%	49%
65%	129%	50%	50%	66%	147%	66%	66%
67%	150%	67%	67%	68%	154%	68%	68%
69%	157%	69%	69%	70%	161%	70%	70%
71%	164%	71%	71%	72%	167%	72%	72%
73%	171%	73%	73%	74%	174%	74%	74%
75%	178%	75%	75%	76%	183%	76%	76%
77%	188%	77%	77%	78%	193%	78%	78%
79%	198%	79%	79%	80%	203%	80%	80%
81%	209%	81%	81%	82%	215%	82%	82%
83%	222%	83%	83%	84%	227%	84%	84%
85%	230%	85%	85%	86%	230%	86%	86%
87%	230%	87%	87%	88%	230%	88%	88%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
89%	230%	89%	89%
91%	230%	91%	91%
93%	230%	93%	93%
95%	230%	95%	95%
97%	230%	97%	97%
99%	230%	99%	99%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
90%	230%	90%	90%
92%	230%	92%	92%
94%	230%	94%	94%
96%	230%	96%	96%
98%	230%	98%	98%
100%	230%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Franchigia assoluta 20%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%
21%	1%	1%	1%
23%	3%	3%	3%
25%	5%	5%	5%
27%	8%	7%	7%
29%	11%	9%	9%
31%	13%	11%	11%
33%	16%	13%	13%
35%	18%	15%	15%
37%	21%	17%	17%
39%	23%	19%	19%
41%	25%	21%	21%
43%	28%	23%	23%
45%	30%	25%	25%
47%	33%	27%	27%
49%	35%	29%	29%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
2%	0%	0%	0%
4%	0%	0%	0%
6%	0%	0%	0%
8%	0%	0%	0%
10%	0%	0%	0%
12%	0%	0%	0%
14%	0%	0%	0%
16%	0%	0%	0%
18%	0%	0%	0%
20%	0%	0%	0%
22%	2%	2%	2%
24%	4%	4%	4%
26%	7%	6%	6%
28%	10%	8%	8%
30%	12%	10%	10%
32%	14%	12%	12%
34%	17%	14%	14%
36%	19%	16%	16%
38%	22%	18%	18%
40%	24%	20%	20%
42%	27%	22%	22%
44%	29%	24%	24%
46%	31%	26%	26%
48%	34%	28%	28%
50%	36%	30%	30%

I N C E R T A L I D A T I T A	SOMMA ASSICURATA			I N C E R T A L I D A T I T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
51%	46%	31%	31%	52%	47%	32%	32%
53%	49%	33%	33%	54%	50%	34%	34%
55%	51%	35%	35%	56%	53%	36%	36%
57%	54%	37%	37%	58%	55%	38%	38%
59%	56%	39%	39%	60%	58%	40%	40%
61%	59%	41%	41%	62%	60%	42%	42%
63%	62%	43%	43%	64%	63%	44%	44%
65%	64%	45%	45%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%
89%	115%	89%	89%	90%	117%	90%	90%
91%	118%	91%	91%	92%	119%	92%	92%
93%	120%	93%	93%	94%	122%	94%	94%
95%	123%	95%	95%	96%	124%	96%	96%
97%	126%	97%	97%	98%	127%	98%	98%
99%	128%	99%	99%	100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Tabella di indennizzo Privilegiata (M1) (IPI) e Franchigia assoluta 20%

I N C E R T A L I D A T I T A	SOMMA ASSICURATA			I N C E R T A L I D A T I T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%
21%	3%	1%	1%
23%	7%	3%	3%
25%	11%	5%	5%
27%	15%	7%	7%
29%	19%	9%	9%
31%	23%	11%	11%
33%	27%	13%	13%
35%	34%	15%	15%
37%	40%	17%	17%
39%	46%	19%	19%
41%	52%	21%	21%
43%	58%	23%	23%
45%	64%	25%	25%
47%	70%	27%	27%
49%	76%	29%	29%
51%	82%	31%	31%
53%	88%	33%	33%
55%	94%	35%	35%
57%	100%	37%	37%
59%	106%	39%	39%
61%	112%	41%	41%
63%	118%	43%	43%
65%	124%	45%	45%
67%	150%	67%	67%
69%	157%	69%	69%
71%	164%	71%	71%
73%	171%	73%	73%
75%	178%	75%	75%
77%	188%	77%	77%
79%	198%	79%	79%
81%	209%	81%	81%
83%	222%	83%	83%
85%	230%	85%	85%
87%	230%	87%	87%
89%	230%	89%	89%
91%	230%	91%	91%
93%	230%	93%	93%
95%	230%	95%	95%
97%	230%	97%	97%
99%	230%	99%	99%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
14%	0%	0%	0%
16%	0%	0%	0%
18%	0%	0%	0%
20%	1%	0%	0%
22%	5%	2%	2%
24%	9%	4%	4%
26%	13%	6%	6%
28%	17%	8%	8%
30%	21%	10%	10%
32%	25%	12%	12%
34%	31%	14%	14%
36%	37%	16%	16%
38%	43%	18%	18%
40%	49%	20%	20%
42%	55%	22%	22%
44%	61%	24%	24%
46%	67%	26%	26%
48%	73%	28%	28%
50%	80%	30%	30%
52%	85%	32%	32%
54%	91%	34%	34%
56%	97%	36%	36%
58%	103%	38%	38%
60%	109%	40%	40%
62%	115%	42%	42%
64%	121%	44%	44%
66%	147%	66%	66%
68%	154%	68%	68%
70%	161%	70%	70%
72%	167%	72%	72%
74%	174%	74%	74%
76%	183%	76%	76%
78%	193%	78%	78%
80%	203%	80%	80%
82%	215%	82%	82%
84%	227%	84%	84%
86%	230%	86%	86%
88%	230%	88%	88%
90%	230%	90%	90%
92%	230%	92%	92%
94%	230%	94%	94%
96%	230%	96%	96%
98%	230%	98%	98%
100%	230%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Franchigia assoluta 25%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%	16%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	0%
21%	0%	0%	0%	22%	0%	0%	0%
23%	0%	0%	0%	24%	0%	0%	0%
25%	0%	0%	0%	26%	2%	1%	1%
27%	3%	2%	2%	28%	5%	3%	3%
29%	6%	4%	4%	30%	7%	5%	5%
31%	8%	6%	6%	32%	9%	7%	7%
33%	11%	8%	8%	34%	12%	9%	9%
35%	13%	10%	10%	36%	14%	11%	11%
37%	16%	12%	12%	38%	17%	13%	13%
39%	18%	14%	14%	40%	19%	15%	15%
41%	20%	16%	16%	42%	22%	17%	17%
43%	23%	18%	18%	44%	24%	19%	19%
45%	25%	20%	20%	46%	26%	21%	21%
47%	28%	22%	22%	48%	29%	23%	23%
49%	30%	24%	24%	50%	31%	25%	25%
51%	41%	26%	26%	52%	42%	27%	27%
53%	44%	28%	28%	54%	45%	29%	29%
55%	46%	30%	30%	56%	48%	31%	31%
57%	49%	32%	32%	58%	50%	33%	33%
59%	51%	34%	34%	60%	53%	35%	35%
61%	54%	36%	36%	62%	55%	37%	37%
63%	57%	38%	38%	64%	58%	39%	39%
65%	59%	40%	40%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
89%	115%	89%	89%
91%	118%	91%	91%
93%	120%	93%	93%
95%	123%	95%	95%
97%	126%	97%	97%
99%	128%	99%	99%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
90%	117%	90%	90%
92%	119%	92%	92%
94%	122%	94%	94%
96%	124%	96%	96%
98%	127%	98%	98%
100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Tabella di indennizzo Privilegiata (M1) (IPI) e Franchigia assoluta 25%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	2%
19%	0%	0%	4%
21%	0%	0%	6%
23%	2%	0%	8%
25%	6%	0%	0%
27%	10%	2%	2%
29%	14%	4%	4%
31%	18%	6%	6%
33%	22%	8%	8%
35%	29%	10%	10%
37%	35%	12%	12%
39%	41%	14%	14%
41%	47%	16%	16%
43%	53%	18%	18%
45%	59%	20%	20%
47%	65%	22%	22%
49%	71%	24%	24%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
2%	0%	0%	0%
4%	0%	0%	0%
6%	0%	0%	0%
8%	0%	0%	0%
10%	0%	0%	0%
12%	0%	0%	0%
14%	0%	0%	0%
16%	0%	0%	1%
18%	0%	0%	3%
20%	0%	0%	5%
22%	0%	0%	7%
24%	4%	0%	9%
26%	8%	1%	1%
28%	12%	3%	3%
30%	16%	5%	5%
32%	20%	7%	7%
34%	26%	9%	9%
36%	32%	11%	11%
38%	38%	13%	13%
40%	44%	15%	15%
42%	50%	17%	17%
44%	56%	19%	19%
46%	62%	21%	21%
48%	68%	23%	23%
50%	75%	25%	25%

I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
51%	77%	26%	26%	52%	80%	27%	27%
53%	83%	28%	28%	54%	86%	29%	29%
55%	89%	30%	30%	56%	92%	31%	31%
57%	95%	32%	32%	58%	98%	33%	33%
59%	101%	34%	34%	60%	104%	35%	35%
61%	107%	36%	36%	62%	110%	37%	37%
63%	113%	38%	38%	64%	116%	39%	39%
65%	119%	40%	40%	66%	147%	66%	66%
67%	150%	67%	67%	68%	154%	68%	68%
69%	157%	69%	69%	70%	161%	70%	70%
71%	164%	71%	71%	72%	167%	72%	72%
73%	171%	73%	73%	74%	174%	74%	74%
75%	178%	75%	75%	76%	183%	76%	76%
77%	188%	77%	77%	78%	193%	78%	78%
79%	198%	79%	79%	80%	203%	80%	80%
81%	209%	81%	81%	82%	215%	82%	82%
83%	222%	83%	83%	84%	227%	84%	84%
85%	230%	85%	85%	86%	230%	86%	86%
87%	230%	87%	87%	88%	230%	88%	88%
89%	230%	89%	89%	90%	230%	90%	90%
91%	230%	91%	91%	92%	230%	92%	92%
93%	230%	93%	93%	94%	230%	94%	94%
95%	230%	95%	95%	96%	230%	96%	96%
97%	230%	97%	97%	98%	230%	98%	98%
99%	230%	99%	99%	100%	230%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Franchigia assoluta 30%

I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%
21%	0%	0%	0%
23%	0%	0%	0%
25%	0%	0%	0%
27%	0%	0%	0%
29%	0%	0%	0%
31%	3%	1%	1%
33%	6%	3%	3%
35%	8%	5%	5%
37%	11%	7%	7%
39%	13%	9%	9%
41%	15%	11%	11%
43%	18%	13%	13%
45%	20%	15%	15%
47%	23%	17%	17%
49%	25%	19%	19%
51%	36%	21%	21%
53%	39%	23%	23%
55%	41%	25%	25%
57%	44%	27%	27%
59%	46%	29%	29%
61%	49%	31%	31%
63%	52%	33%	33%
65%	54%	35%	35%
67%	87%	67%	67%
69%	89%	69%	69%
71%	92%	71%	71%
73%	94%	73%	73%
75%	97%	75%	75%
77%	100%	77%	77%
79%	102%	79%	79%
81%	105%	81%	81%
83%	107%	83%	83%
85%	110%	85%	85%
87%	113%	87%	87%
89%	115%	89%	89%
91%	118%	91%	91%
93%	120%	93%	93%
95%	123%	95%	95%
97%	126%	97%	97%
99%	128%	99%	99%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
14%	0%	0%	0%
16%	0%	0%	0%
18%	0%	0%	0%
20%	0%	0%	0%
22%	0%	0%	0%
24%	0%	0%	0%
26%	0%	0%	0%
28%	0%	0%	0%
30%	0%	0%	0%
32%	4%	2%	2%
34%	7%	4%	4%
36%	9%	6%	6%
38%	12%	8%	8%
40%	14%	10%	10%
42%	17%	12%	12%
44%	19%	14%	14%
46%	21%	16%	16%
48%	24%	18%	18%
50%	26%	20%	20%
52%	37%	22%	22%
54%	40%	24%	24%
56%	43%	26%	26%
58%	45%	28%	28%
60%	48%	30%	30%
62%	50%	32%	32%
64%	53%	34%	34%
66%	85%	66%	66%
68%	88%	68%	68%
70%	91%	70%	70%
72%	93%	72%	72%
74%	96%	74%	74%
76%	99%	76%	76%
78%	101%	78%	78%
80%	104%	80%	80%
82%	106%	82%	82%
84%	109%	84%	84%
86%	111%	86%	86%
88%	114%	88%	88%
90%	117%	90%	90%
92%	119%	92%	92%
94%	122%	94%	94%
96%	124%	96%	96%
98%	127%	98%	98%
100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Tabella di indennizzo Privilegiata (M1) (IPI) e Franchigia assoluta 30%

I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%	16%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	0%
21%	0%	0%	0%	22%	0%	0%	0%
23%	0%	0%	0%	24%	0%	0%	0%
25%	1%	0%	0%	26%	3%	0%	0%
27%	5%	0%	0%	28%	7%	0%	0%
29%	9%	0%	0%	30%	11%	0%	0%
31%	13%	1%	1%	32%	15%	2%	2%
33%	17%	3%	3%	34%	21%	4%	4%
35%	24%	5%	5%	36%	27%	6%	6%
37%	30%	7%	7%	38%	33%	8%	8%
39%	36%	9%	9%	40%	39%	10%	10%
41%	42%	11%	11%	42%	45%	12%	12%
43%	48%	13%	13%	44%	51%	14%	14%
45%	54%	15%	15%	46%	57%	16%	16%
47%	60%	17%	17%	48%	63%	18%	18%
49%	66%	19%	19%	50%	70%	20%	20%
51%	72%	21%	21%	52%	75%	22%	22%
53%	78%	23%	23%	54%	81%	24%	24%
55%	84%	25%	25%	56%	87%	26%	26%
57%	90%	27%	27%	58%	93%	28%	28%
59%	96%	29%	29%	60%	99%	30%	30%
61%	102%	31%	31%	62%	105%	32%	32%
63%	108%	33%	33%	64%	111%	34%	34%
65%	114%	35%	35%	66%	147%	66%	66%
67%	150%	67%	67%	68%	154%	68%	68%
69%	157%	69%	69%	70%	161%	70%	70%
71%	164%	71%	71%	72%	167%	72%	72%
73%	171%	73%	73%	74%	174%	74%	74%
75%	178%	75%	75%	76%	183%	76%	76%
77%	188%	77%	77%	78%	193%	78%	78%
79%	198%	79%	79%	80%	203%	80%	80%
81%	209%	81%	81%	82%	215%	82%	82%
83%	222%	83%	83%	84%	227%	84%	84%
85%	230%	85%	85%	86%	230%	86%	86%
87%	230%	87%	87%	88%	230%	88%	88%

I N C E R T A L I D A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
89%	230%	89%	89%
91%	230%	91%	91%
93%	230%	93%	93%
95%	230%	95%	95%
97%	230%	97%	97%
99%	230%	99%	99%

I N C E R T A L I D A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
90%	230%	90%	90%
92%	230%	92%	92%
94%	230%	94%	94%
96%	230%	96%	96%
98%	230%	98%	98%
100%	230%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Franchigia assoluta 65%

I N C E R T A L I D A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%
21%	0%	0%	0%
23%	0%	0%	0%
25%	0%	0%	0%
27%	0%	0%	0%
29%	0%	0%	0%
31%	0%	0%	0%
33%	0%	0%	0%
35%	0%	0%	0%
37%	0%	0%	0%
39%	0%	0%	0%
41%	0%	0%	0%
43%	0%	0%	0%
45%	0%	0%	0%
47%	0%	0%	0%
49%	0%	0%	0%

I N C E R T A L I D A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
2%	0%	0%	0%
4%	0%	0%	0%
6%	0%	0%	0%
8%	0%	0%	0%
10%	0%	0%	0%
12%	0%	0%	0%
14%	0%	0%	0%
16%	0%	0%	0%
18%	0%	0%	0%
20%	0%	0%	0%
22%	0%	0%	0%
24%	0%	0%	0%
26%	0%	0%	0%
28%	0%	0%	0%
30%	0%	0%	0%
32%	0%	0%	0%
34%	0%	0%	0%
36%	0%	0%	0%
38%	0%	0%	0%
40%	0%	0%	0%
42%	0%	0%	0%
44%	0%	0%	0%
46%	0%	0%	0%
48%	0%	0%	0%
50%	0%	0%	0%

I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
51%	0%	0%	0%	52%	0%	0%	0%
53%	0%	0%	0%	54%	0%	0%	0%
55%	0%	0%	0%	56%	0%	0%	0%
57%	0%	0%	0%	58%	0%	0%	0%
59%	0%	0%	0%	60%	0%	0%	0%
61%	0%	0%	0%	62%	0%	0%	0%
63%	0%	0%	0%	64%	0%	0%	0%
65%	0%	0%	0%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%
89%	115%	89%	89%	90%	117%	90%	90%
91%	118%	91%	91%	92%	119%	92%	92%
93%	120%	93%	93%	94%	122%	94%	94%
95%	123%	95%	95%	96%	124%	96%	96%
97%	126%	97%	97%	98%	127%	98%	98%
99%	128%	99%	99%	100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Calcolo percentuale di indennizzo con Tabella di indennizzo Privilegiata (M1) (IPI) e Franchigia assoluta 65%

I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%
21%	0%	0%	0%
23%	0%	0%	0%
25%	0%	0%	0%
27%	0%	0%	0%
29%	0%	0%	0%
31%	0%	0%	0%
33%	0%	0%	0%
35%	0%	0%	0%
37%	0%	0%	0%
39%	0%	0%	0%
41%	0%	0%	0%
43%	0%	0%	0%
45%	0%	0%	0%
47%	0%	0%	0%
49%	0%	0%	0%
51%	0%	0%	0%
53%	0%	0%	0%
55%	0%	0%	0%
57%	0%	0%	0%
59%	0%	0%	0%
61%	0%	0%	0%
63%	0%	0%	0%
65%	0%	0%	0%
67%	150%	67%	67%
69%	157%	69%	69%
71%	164%	71%	71%
73%	171%	73%	73%
75%	178%	75%	75%
77%	188%	77%	77%
79%	198%	79%	79%
81%	209%	81%	81%
83%	222%	83%	83%
85%	230%	85%	85%
87%	230%	87%	87%
89%	230%	89%	89%
91%	230%	91%	91%
93%	230%	93%	93%
95%	230%	95%	95%
97%	230%	97%	97%
99%	230%	99%	99%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
14%	0%	0%	0%
16%	0%	0%	0%
18%	0%	0%	0%
20%	0%	0%	0%
22%	0%	0%	0%
24%	0%	0%	0%
26%	0%	0%	0%
28%	0%	0%	0%
30%	0%	0%	0%
32%	0%	0%	0%
34%	0%	0%	0%
36%	0%	0%	0%
38%	0%	0%	0%
40%	0%	0%	0%
42%	0%	0%	0%
44%	0%	0%	0%
46%	0%	0%	0%
48%	0%	0%	0%
50%	0%	0%	0%
52%	0%	0%	0%
54%	0%	0%	0%
56%	0%	0%	0%
58%	0%	0%	0%
60%	0%	0%	0%
62%	0%	0%	0%
64%	0%	0%	0%
66%	147%	66%	66%
68%	154%	68%	68%
70%	161%	70%	70%
72%	167%	72%	72%
74%	174%	74%	74%
76%	183%	76%	76%
78%	193%	78%	78%
80%	203%	80%	80%
82%	215%	82%	82%
84%	227%	84%	84%
86%	230%	86%	86%
88%	230%	88%	88%
90%	230%	90%	90%
92%	230%	92%	92%
94%	230%	94%	94%
96%	230%	96%	96%
98%	230%	98%	98%
100%	230%	100%	100%

Per questa garanzia non è operativo quanto indicato in "IPI Art. Pronta liquidazione".
Viene in ogni caso applicata la "Tabella di indennizzo - Rischi particolari", limitatamente ai casi da essa prevista e se la franchigia assoluta scelta per questa garanzia opzionale risultasse essere inferiore a quella prevista dalla "Tabella di indennizzo - Rischi particolari".

IPI Art. Tabella di indennizzo - Franchigia relativa fino a 300.000 € (P)

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio, determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la seguente tabella:

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA RELATIVA

Calcolo percentuale di indennizzo fino a 300.000 € con Franchigia relativa 5%

I N C V A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	6%	1%	0%
7%	7%	2%	0%	8%	8%	3%	0%
9%	9%	4%	0%	10%	10%	5%	0%
11%	11%	6%	1%	12%	12%	7%	2%
13%	13%	8%	3%	14%	14%	9%	4%
15%	15%	10%	5%	16%	16%	11%	6%
17%	17%	12%	7%	18%	18%	13%	8%
19%	19%	14%	9%	20%	20%	15%	10%
21%	21%	16%	11%	22%	22%	17%	12%
23%	23%	18%	13%	24%	24%	19%	14%
25%	25%	20%	15%	26%	26%	21%	16%
27%	27%	22%	17%	28%	28%	23%	18%
29%	29%	24%	19%	30%	30%	25%	20%
31%	33%	26%	21%	32%	34%	27%	22%
33%	36%	28%	23%	34%	37%	29%	24%
35%	38%	30%	25%	36%	39%	31%	26%
37%	41%	32%	27%	38%	42%	33%	28%
39%	43%	34%	29%	40%	44%	35%	30%
41%	45%	36%	31%	42%	47%	37%	32%
43%	48%	38%	33%	44%	49%	39%	34%
45%	50%	40%	35%	46%	51%	41%	36%
47%	53%	42%	37%	48%	54%	43%	38%
49%	55%	44%	39%	50%	56%	45%	40%
51%	66%	51%	51%	52%	67%	52%	52%
53%	69%	53%	53%	54%	70%	54%	54%
55%	71%	55%	55%	56%	73%	56%	56%
57%	74%	57%	57%	58%	75%	58%	58%
59%	76%	59%	59%	60%	78%	60%	60%
61%	79%	61%	61%	62%	80%	62%	62%
63%	82%	63%	63%	64%	83%	64%	64%
65%	84%	65%	65%	66%	85%	66%	66%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%
89%	115%	89%	89%	90%	117%	90%	90%
91%	118%	91%	91%	92%	119%	92%	92%
93%	120%	93%	93%	94%	122%	94%	94%
95%	123%	95%	95%	96%	124%	96%	96%
97%	126%	97%	97%	98%	127%	98%	98%
99%	128%	99%	99%	100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA RELATIVA

Calcolo percentuale di indennizzo fino a 300.000 € con Franchigia relativa 10%

I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	11%	6%	1%	12%	12%	7%	2%
13%	13%	8%	3%	14%	14%	9%	4%
15%	15%	10%	5%	16%	16%	11%	6%
17%	17%	12%	7%	18%	18%	13%	8%
19%	19%	14%	9%	20%	20%	15%	10%
21%	21%	16%	11%	22%	22%	17%	12%
23%	23%	18%	13%	24%	24%	19%	14%
25%	25%	20%	15%	26%	26%	21%	16%
27%	27%	22%	17%	28%	28%	23%	18%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
29%	29%	24%	19%
31%	33%	26%	21%
33%	36%	28%	23%
35%	38%	30%	25%
37%	41%	32%	27%
39%	43%	34%	29%
41%	45%	36%	31%
43%	48%	38%	33%
45%	50%	40%	35%
47%	53%	42%	37%
49%	55%	44%	39%
51%	66%	51%	51%
53%	69%	53%	53%
55%	71%	55%	55%
57%	74%	57%	57%
59%	76%	59%	59%
61%	79%	61%	61%
63%	82%	63%	63%
65%	84%	65%	65%
67%	87%	67%	67%
69%	89%	69%	69%
71%	92%	71%	71%
73%	94%	73%	73%
75%	97%	75%	75%
77%	100%	77%	77%
79%	102%	79%	79%
81%	105%	81%	81%
83%	107%	83%	83%
85%	110%	85%	85%
87%	113%	87%	87%
89%	115%	89%	89%
91%	118%	91%	91%
93%	120%	93%	93%
95%	123%	95%	95%
97%	126%	97%	97%
99%	128%	99%	99%

I N C E R T A L I D I T A À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
30%	30%	25%	20%
32%	34%	27%	22%
34%	37%	29%	24%
36%	39%	31%	26%
38%	42%	33%	28%
40%	44%	35%	30%
42%	47%	37%	32%
44%	49%	39%	34%
46%	51%	41%	36%
48%	54%	43%	38%
50%	56%	45%	40%
52%	67%	52%	52%
54%	70%	54%	54%
56%	73%	56%	56%
58%	75%	58%	58%
60%	78%	60%	60%
62%	80%	62%	62%
64%	83%	64%	64%
66%	85%	66%	66%
68%	88%	68%	68%
70%	91%	70%	70%
72%	93%	72%	72%
74%	96%	74%	74%
76%	99%	76%	76%
78%	101%	78%	78%
80%	104%	80%	80%
82%	106%	82%	82%
84%	109%	84%	84%
86%	111%	86%	86%
88%	114%	88%	88%
90%	117%	90%	90%
92%	119%	92%	92%
94%	122%	94%	94%
96%	124%	96%	96%
98%	127%	98%	98%
100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA RELATIVA

Calcolo percentuale di indennizzo fino a 300.000 € con Franchigia relativa 20%

I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA			I N C V A L I D I T A T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%	12%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%	16%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	0%
21%	21%	16%	11%	22%	22%	17%	12%
23%	23%	18%	13%	24%	24%	19%	14%
25%	25%	20%	15%	26%	26%	21%	16%
27%	27%	22%	17%	28%	28%	23%	18%
29%	29%	24%	19%	30%	30%	25%	20%
31%	33%	26%	21%	32%	34%	27%	22%
33%	36%	28%	23%	34%	37%	29%	24%
35%	38%	30%	25%	36%	39%	31%	26%
37%	41%	32%	27%	38%	42%	33%	28%
39%	43%	34%	29%	40%	44%	35%	30%
41%	45%	36%	31%	42%	47%	37%	32%
43%	48%	38%	33%	44%	49%	39%	34%
45%	50%	40%	35%	46%	51%	41%	36%
47%	53%	42%	37%	48%	54%	43%	38%
49%	55%	44%	39%	50%	56%	45%	40%
51%	66%	51%	51%	52%	67%	52%	52%
53%	69%	53%	53%	54%	70%	54%	54%
55%	71%	55%	55%	56%	73%	56%	56%
57%	74%	57%	57%	58%	75%	58%	58%
59%	76%	59%	59%	60%	78%	60%	60%
61%	79%	61%	61%	62%	80%	62%	62%
63%	82%	63%	63%	64%	83%	64%	64%
65%	84%	65%	65%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
89%	115%	89%	89%
91%	118%	91%	91%
93%	120%	93%	93%
95%	123%	95%	95%
97%	126%	97%	97%
99%	128%	99%	99%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
90%	117%	90%	90%
92%	119%	92%	92%
94%	122%	94%	94%
96%	124%	96%	96%
98%	127%	98%	98%
100%	130%	100%	100%

TABELLA DI INENNIZZO - FRANCHIGIA RELATIVA

Calcolo percentuale di indennizzo fino a 300.000 € con Franchigia relativa 25%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
1%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%
7%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	0%
13%	0%	0%	0%
15%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%
19%	0%	0%	0%
21%	0%	0%	0%
23%	0%	0%	0%
25%	0%	0%	0%
27%	27%	22%	17%
29%	29%	24%	19%
31%	33%	26%	21%
33%	36%	28%	23%
35%	38%	30%	25%
37%	41%	32%	27%
39%	43%	34%	29%
41%	45%	36%	31%
43%	48%	38%	33%
45%	50%	40%	35%
47%	53%	42%	37%
49%	55%	44%	39%

I N C E R T A L I D A T T A	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare		
2%	0%	0%	0%
4%	0%	0%	0%
6%	0%	0%	0%
8%	0%	0%	0%
10%	0%	0%	0%
12%	0%	0%	0%
14%	0%	0%	0%
16%	0%	0%	0%
18%	0%	0%	0%
20%	0%	0%	0%
22%	0%	0%	0%
24%	0%	0%	0%
26%	26%	21%	16%
28%	28%	23%	18%
30%	30%	25%	20%
32%	34%	27%	22%
34%	37%	29%	24%
36%	39%	31%	26%
38%	42%	33%	28%
40%	44%	35%	30%
42%	47%	37%	32%
44%	49%	39%	34%
46%	51%	41%	36%
48%	54%	43%	38%
50%	56%	45%	40%

I N C E R T A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA			I N C E R T A L I D I T À	SOMMA ASSICURATA		
	fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €		fino a 300.000 €	oltre 300.000 € fino a 600.000 €	oltre 600.000 €
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
51%	66%	51%	51%	52%	67%	52%	52%
53%	69%	53%	53%	54%	70%	54%	54%
55%	71%	55%	55%	56%	73%	56%	56%
57%	74%	57%	57%	58%	75%	58%	58%
59%	76%	59%	59%	60%	78%	60%	60%
61%	79%	61%	61%	62%	80%	62%	62%
63%	82%	63%	63%	64%	83%	64%	64%
65%	84%	65%	65%	66%	85%	66%	66%
67%	87%	67%	67%	68%	88%	68%	68%
69%	89%	69%	69%	70%	91%	70%	70%
71%	92%	71%	71%	72%	93%	72%	72%
73%	94%	73%	73%	74%	96%	74%	74%
75%	97%	75%	75%	76%	99%	76%	76%
77%	100%	77%	77%	78%	101%	78%	78%
79%	102%	79%	79%	80%	104%	80%	80%
81%	105%	81%	81%	82%	106%	82%	82%
83%	107%	83%	83%	84%	109%	84%	84%
85%	110%	85%	85%	86%	111%	86%	86%
87%	113%	87%	87%	88%	114%	88%	88%
89%	115%	89%	89%	90%	117%	90%	90%
91%	118%	91%	91%	92%	119%	92%	92%
93%	120%	93%	93%	94%	122%	94%	94%
95%	123%	95%	95%	96%	124%	96%	96%
97%	126%	97%	97%	98%	127%	98%	98%
99%	128%	99%	99%	100%	130%	100%	100%

Per questa garanzia non è operativa la garanzia "IPI Art. Pronta liquidazione".

IPI Art. Cumulo dell'indennità

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

IPI Art. Decesso indipendente dall'infortunio

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/ aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

IPI Art. Pronta liquidazione

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato potrà richiedere in luogo dell'accertamento del postumo indennizzabile secondo i normali criteri di liquidazione previsti dalla polizza (da "IPI Art. Invalidità permanente per infortunio" a "IPI Art. Tabella di indennizzo - Base" o a "IPI Art. Tabella di indennizzo - Privilegiata (M1)"), un sistema rapido di indennizzo denominato "pronta liquidazione".

La pronta liquidazione consiste nella determinazione dell'indennizzo, per i casi e nella misura indicati nella tabella di seguito riportata, senza attendere l'intervenuta stabilizzazione dei postumi e l'accertamento medico legale.

Inoltre, non avrà alcun rilievo la franchigia applicata sull'Invalità permanente se pattuita.

La pronta liquidazione non può essere inoltre richiesta negli altri casi, se scelti in polizza, indicati nelle condizioni di assicurazione:

- "CGA Art. Sport assicurati con limitazione";
- "IPI Art. Tabella di indennizzo - Franchigia assoluta (O)",
- "IPI Art. Tabella di indennizzo - Franchigia relativa fino a 300.000 € (P)";
- "IPI Art. Attività sportive svolte non professionalmente (N)";
- "IPI Art. Attività sportive assicurabili solo con patto speciale (N1)";
- e utilizzo della Tabella di indennizzo - Rischi particolari.

TABELLA DI INDENNIZZO - PRONTA LIQUIDAZIONE

LESIONE	SOMMA ASSICURATA in €							
	per ogni 1.000 €		100.000 €		200.000 €		300.000 €	
	Indennizzo in €		Esempi di indennizzo in €					
	INAIL	ANIA (*)	INAIL	ANIA (*)	INAIL	ANIA (*)	INAIL	ANIA (*)
CAPO								
Frattura delle ossa nasali senza stenosi	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
ARTO SUPERIORE								
Frattura diafisaria di:								
- omero	28	18	2.800	1.800	5.600	3.600	8.400	5.400
- radio e ulna								
- biossea di avambraccio								
Frattura a legno verde	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
MANO								
Perdita anatomica:								
del medio	78	41	7.800	4.100	15.600	8.200	23.400	12.300
dell'anulare		40		4.000		8.000		12.000
del mignolo		75		7.500		15.000		22.500
falange ungueale dell'indice	37	17	3.700	1.700	7.400	3.400	11.100	5.100
falange ungueale del medio	18	4,50	1.800	450	3.600	900	5.400	1.350
falange ungueale dell'anulare	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
falange ungueale del mignolo	18	9	1.800	900	3.600	1.800	5.400	2.700
ultime due falangi dell'indice	70	55	7.000	5.500	14.000	11.000	21.000	16.500
ultime due falangi del medio	45	17	4.500	1.700	9.000	3.400	13.500	5.100
ultime due falangi dell'anulare	28	18	2.800	1.800	5.600	3.600	8.400	5.400
ultime due falangi del mignolo		40		4.000		8.000		12.000
Frattura:								
del primo osso metacarpo	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
di ogni altro metacarpo	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
di una falange del pollice	18	9	1.800	900	3.600	1.800	5.400	2.700

LESIONE	SOMMA ASSICURATA in €							
	per ogni 1.000 €		100.000 €		200.000 €		300.000 €	
	Indennizzo in €		Esempi di indennizzo in €					
	INAIL	ANIA (*)	INAIL	ANIA (*)	INAIL	ANIA (*)	INAIL	ANIA (*)
di una falange di ogni altro dito	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
ARTO INFERIORE								
Frattura:								
branca ileo-pubica o ischio-pubica di bacino	9	4,50	900	450	1.800	900	2.700	1.350
diafisari isolata di tibia	9,00		900		1.800		2.700	
diafisaria isolata di perone	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
diafisaria biossea di gamba	28,00	18,00	2.800	1.800	5.600	3.600	8.400	5.400
frattura a legno verde	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
PIEDE								
Perdita anatomica:								
dell'alluce	37	17	3.700	1.700	7.400	3.400	11.100	5.100
di ogni altro dito del piede	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
Frattura:								
del I o del V metatarso	9	4,50	900	450	1.800	900	2.700	1.350
del II o III o IV metatarso	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
di una falange del primo dito	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
di una falange di ogni altro dito	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
TORACE								
Frattura:								
della scapola	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350
di clavicola	18	4,50	1.800	450	3.600	900	5.400	1.350
dello sterno	9	4,50	900	450	1.800	900	2.700	1.350
di una costola	5	4,50	500	450	1.000	900	1.500	1.350

(*) Indennizzo in caso di operatività della garanzia "IPI Art Tabella di accertamento dell'invalidità permanente - Tabella ANIA". Per frattura si intende quanto indicato nelle definizioni alla voce "frattura scheletrica".

A deroga delle norme sulla "Denuncia e gestione del sinistro" (SIN), tale diritto potrà essere fatto valere con richiesta scritta tramite raccomandata o fax, purché esercitata entro 30 giorni dall'infortunio e corredata:

- dalla presentazione di un referto medico di pronto soccorso ospedaliero in originale;
- dall'accertamento diagnostico strumentale in originale ed eseguito in struttura pubblica, corredato della documentazione in originale rilasciata dalla stessa struttura pubblica che certifichi la lesione subita.

Se non viene scelta la pronta liquidazione, l'Assicurato non può richiederla successivamente per lo stesso sinistro.

Esempio di calcolo in caso di pronta liquidazione: la somma assicurata viene divisa per mille e moltiplicata per gli importi indicati nella seconda colonna (terza colonna per Tabella ANIA). Ad esempio per frattura delle ossa nasali senza stenosi per una somma assicurata di 125.000 € con Tabella INAIL, verrà corrisposto con la "pronta liquidazione" l'importo di 625 € (125.000 / 1.000 * 5).

IPI Tabella di indennizzo - Rischi particolari

In caso di infortunio derivante da:

1. pratica degli sport elencati alle lettere d., e., f., g. del precedente "CGA Art. Sport assicurati con limitazioni";
2. guida di veicoli che richieda patente di categoria superiore alla B o di macchine agricole o operatrici, per Assicurati in classe di rischio 1 o 2.;

3. pratica degli sport elencati alle lettere a., b., c., d. del precedente "CGA Art. Sport assicurabili solo con patto speciale"; l'indennizzo per invalidità permanente per infortunio, determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la seguente tabella:

TABELLA DI INDENNIZZO - RISCHI PARTICOLARI

I N V A L I D I T À	A C C E R T A T A	In caso di infortunio punti 1. e 2. sopra elencati		In caso di infortunio punto 3 sopra elencato.	
		SOMMA ASSICURATA			
		fino a 600.000 €	oltre 600.000 €	Intera somma assicurata	
		Percentuale da liquidare			
		Franchigia assoluta 5%	Franchigia assoluta 10%	Franchigia assoluta 10%	
fino a 5%	0%	0%	0%		
6%	1%	0%	0%		
7%	2%	0%	0%		
8%	3%	0%	0%		
9%	4%	0%	0%		
10%	5%	0%	0%		
11%	6%	1%	1%		
12%	7%	2%	2%		
13%	8%	3%	3%		
14%	9%	4%	4%		
15%	10%	5%	5%		
16%	11%	6%	6%		
17%	12%	7%	7%		
18%	13%	8%	8%		
19%	14%	9%	9%		
20%	15%	10%	10%		
21%	16%	11%	11%		
22%	17%	12%	12%		
23%	18%	13%	13%		
24%	19%	14%	14%		
25%	20%	15%	15%		
26%	21%	16%	16%		
27%	22%	17%	17%		
28%	23%	18%	18%		
29%	24%	19%	19%		
30%	25%	20%	20%		
31%	26%	21%	21%		
32%	27%	22%	22%		
33%	28%	23%	23%		
34%	29%	24%	24%		
35%	30%	25%	25%		
36%	31%	26%	26%		
37%	32%	27%	27%		
38%	33%	28%	28%		
39%	34%	29%	29%		
40%	35%	30%	30%		
41%	36%	31%	31%		
42%	37%	32%	32%		
43%	38%	33%	33%		
44%	39%	34%	34%		
45%	40%	35%	35%		

I N V A L I D I T À	A C C E R T A T A	In caso di infortunio punti 1. e 2. sopra elencati		In caso di infortunio punto 3 sopra elencato.	
		SOMMA ASSICURATA			
		fino a 600.000 €	oltre 600.000 €	Intera somma assicurata	
		Percentuale da liquidare			
		Franchigia assoluta 5%	Franchigia assoluta 10%	Franchigia assoluta 10%	
46%		41%	36%		36%
47%		42%	37%		37%
48%		43%	38%		38%
49%		44%	39%		39%
50%		45%	40%		40%
51%		46%	41%		41%
52%		47%	42%		42%
53%		48%	43%		43%
54%		49%	44%		44%
55%		50%	45%		45%
56%		51%	46%		46%
57%		52%	47%		47%
58%		53%	48%		48%
59%		54%	49%		49%
60%		55%	50%		50%
61%		56%	51%		51%
62%		57%	52%		52%
63%		58%	53%		53%
64%		59%	54%		54%
65%		60%	55%		55%
66%		61%	56%		56%
67%		62%	57%		57%
68%		63%	58%		58%
69%		64%	59%		59%
70%		65%	60%		60%
71%		66%	61%		61%
72%		67%	62%		62%
73%		68%	63%		63%
74%		69%	64%		64%
75%		70%	65%		65%
76%		71%	66%		66%
77%		72%	67%		67%
78%		73%	68%		68%
79%		74%	69%		69%
80%		75%	70%		70%
81%		76%	71%		71%
82%		77%	72%		72%
83%		78%	73%		73%
84%		79%	74%		74%
85%		80%	75%		75%
86%		81%	76%		76%
87%		82%	77%		77%
88%		83%	78%		78%
89%		84%	79%		79%
90%		85%	80%		80%
91%		86%	81%		81%
92%		87%	82%		82%

I N V A L I D I T À	A C C E R T A T A	In caso di infortunio punti 1. e 2. sopra elencati		In caso di infortunio punto 3 sopra elencato.
		SOMMA ASSICURATA		
		fino a 600.000 €	oltre 600.000 €	Intera somma assicurata
		Percentuale da liquidare		
		Franchigia assoluta 5%	Franchigia assoluta 10%	Franchigia assoluta 10%
93%	88%	83%	83%	
94%	89%	84%	84%	
95%	90%	85%	85%	
96%	91%	86%	86%	
97%	92%	87%	87%	
98%	93%	88%	88%	
99%	94%	89%	89%	
100%	95%	90%	90%	

L'applicazione di questa tabella esclude la Pronta liquidazione (IPI).

INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO (IPI) GARANZIE OPZIONALI

IPI Art. Tabella di accertamento - Sopravvalutazione fino a 300.000 € (L)

In caso di perdita totale anatomica e/o funzionale, degli arti o della facoltà visiva o uditiva, si conviene che sulla parte di somma assicurata fino a 300.000 € alcune percentuali di invalidità permanente vengono modificate come indicato nella "Tabella di accertamento - Sopravvalutazione degli arti fino a 300.000 €" e il relativo indennizzo viene liquidato con la percentuale di invalidità accertata senza applicazione di alcuna franchigia, in deroga alla tabella di indennizzo scelta nel contratto.

Quanto previsto non si applica per la parte di somma assicurata superiore a 300.000 €, per le invalidità non indicate nella Tabella suddetta e in caso di danno parziale.

TABELLA DI ACCERTAMENTO - SOPRAVVALUTAZIONE DEGLI ARTI FINO A 300.000 €

Perdita totale anatomica o funzionale di:	Percentuale di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio
braccio o mano	100%
pollice	60%
falange del pollice	40%
indice	60%
falange dell'indice	40%
medio	30%
falange del medio	20%
anulare	15%
mignolo	15%
percentuale massima per la perdita totale del pollice, indice e medio di una mano o di due delle dita anzidette	80%
facoltà visiva di un occhio	50%
facoltà auditiva di ambedue le orecchie	75%
facoltà auditiva di un orecchio	20%

IPI Art. Tabella di indennizzo - Microinvalidità fino a 300.000 € (O1)

La tabella di liquidazione dell'invalidità accertata, relativamente alla somma assicurata fino a 300.000 € e ai primi tre punti di invalidità permanente per infortunio viene modificata come segue:

TABELLA DI INDENNIZZO - MICROINVALIDITA' FINO A 300.000 €

INVALIDITÀ ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA
	fino a 300.000 €
	Percentuale da liquidare
1%	0,2%
2%	0,4%
3%	0,9%

IPI Art. Tabella di indennizzo - Nessuna franchigia fino a 100.000 € (O2)

A deroga delle condizioni di assicurazione si conviene che la tabella di liquidazione dell'invalidità accertata, **sulla parte di somma assicurata fino a 100.000 €**, viene modificata come segue:

TABELLA DI INDENNIZZO - NESSUNA FRANCHIGIA FINO A 100.000 €

INVALIDITÀ ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA		INVALIDITÀ ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA	
	fino a 100.000 €			fino a 100.000 €	
	Percentuale da liquidare			Percentuale da liquidare	
1%	1%	51%	51%		
2%	2%	52%	52%		
3%	3%	53%	53%		
4%	4%	54%	54%		
5%	5%	55%	55%		
6%	6%	56%	56%		
7%	7%	57%	57%		
8%	8%	58%	58%		
9%	9%	59%	59%		
10%	10%	60%	60%		
11%	11%	61%	61%		
12%	12%	62%	62%		
13%	13%	63%	63%		
14%	14%	64%	64%		
15%	15%	65%	65%		
16%	16%	66%	66%		
17%	17%	67%	67%		
18%	18%	68%	68%		
19%	19%	69%	69%		
20%	20%	70%	70%		
21%	21%	71%	71%		
22%	22%	72%	72%		
23%	23%	73%	73%		
24%	24%	74%	74%		
25%	25%	75%	75%		
26%	26%	76%	76%		
27%	27%	77%	77%		
28%	28%	78%	78%		
29%	29%	79%	79%		
30%	30%	80%	80%		
31%	31%	81%	81%		
32%	32%	82%	82%		
33%	33%	83%	83%		
34%	34%	84%	84%		
35%	35%	85%	85%		
36%	36%	86%	86%		
37%	37%	87%	87%		
38%	38%	88%	88%		
39%	39%	89%	89%		
40%	40%	90%	90%		
41%	41%	91%	91%		
42%	42%	92%	92%		
43%	43%	93%	93%		
44%	44%	94%	94%		
45%	45%	95%	95%		
46%	46%	96%	96%		

47%	47%	97%	97%
48%	48%	98%	98%
49%	49%	99%	99%
50%	50%	100%	100%

Per questa garanzia non è operativo quanto indicato in "IPI Art. Pronta liquidazione".

Tale modifica normativa non è operativa per gli infortuni derivanti dagli sport elencati in "CGA Art. Sport assicurati".

IPI Art. Rendita vitalizia (U)

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 65%, determinata secondo la tabella di accertamento dell'invalidità permanente scelta in polizza e secondo quanto previsto in "IPI Art. Criteri specifici di indennizzabilità" e "IPI Art. Criteri particolari di indennizzabilità", la Società garantisce la corresponsione di una rendita vitalizia immediata e rivalutabile.

Periodo temporale massimo di corresponsione della rendita vitalizia.

La rendita sarà corrisposta in modo certo per 5 anni. Qualora si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato in tale periodo, la rendita verrà corrisposta fino alla scadenza di detto periodo. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato dopo il quinto anno, la rendita verrà corrisposta finché l'Assicurato rimarrà in vita.

La rendita vitalizia pagabile in rate posticipate, sarà frazionata mensilmente per l'importo annuo indicato in polizza.

La polizza vita decorrerà dall'atto di liquidazione dell'indennizzo dovuto per invalidità permanente. Il pagamento della rata di rendita sarà effettuato:

- il primo giorno del mese successivo, se l'indennizzo è avvenuto tra il primo e il quindicesimo giorno del mese,
- il sedicesimo del mese successivo se l'indennizzo è avvenuto tra il sedicesimo e l'ultimo giorno del mese.

La rendita verrà riconosciuta mediante l'emissione da parte della Società, di una apposita polizza vita a premio unico sulla base della normativa in vigore al momento del pagamento dell'indennizzo. Tale polizza verrà emessa a favore dell'Assicurato.

Limiti di età dell'Assicurato.

L'età dell'Assicurato al momento della decorrenza della polizza di rendita non può essere inferiore ai diciotto anni di età o superiore agli ottanta. Qualora l'Assicurato, al momento dell'accertamento dell'invalidità permanente, abbia un'età superiore agli ottanta anni, verrà corrisposto esclusivamente un indennizzo sulla base della seguente tabella:

ETÀ DELL'ASSICURATO al momento dell'accertamento dell'invalidità permanente	IMPORTO RENDITA ANNUA		
	6.000 €	12.000 €	18.000 €
	Somma corrisposta in €		
81 anni	56.095,08	112.190,17	168.285,25
82 anni	53.533,48	107.066,96	160.600,44
83 anni	50.194,77	100.389,55	150.584,32
84 anni	47.955,38	95.910,76	143.866,14
85 anni e oltre	44.660,46	89.320,93	133.981,39

Preliminarmente alla decorrenza del contratto, l'Assicurato fornirà alla Società gli eventuali dati anagrafici aggiuntivi e necessari per l'attivazione della polizza vita.

Ad ogni ricorrenza annuale l'Assicurato fornirà alla Società autocertificazione di esistenza in vita ed eventuali variazioni di indirizzo e di codice IBAN.

IPI Art. Mutuo sicuro (V)

Nel caso l'Assicurato abbia in corso i seguenti rapporti bancari passivi:

- c/c passivi;
- mutui ipotecari e chirografari (compresi i prestiti personali);
- anticipazioni su titoli e valori;
- anticipazioni su merci e documenti rappresentativi di merci;

- sconto e anticipazioni su crediti;
- prestiti o finanziamenti, in qualsivoglia forma tecnica, comunque denominati, anche cambiari, a tasso normale od agevolato;
- finanziamenti in valuta all'importazione ed all'esportazione;

e in conseguenza di un infortunio derivi all'Assicurato una invalidità permanente superiore al 65% accertata secondo quanto previsto in "IPI Art. Invalidità permanente per infortunio" a "IPI Art. Tabella di indennizzo - Base" o a "IPI Art. Tabella di indennizzo - Privilegiata (M1)", la Società corrisponde all'Assicurato un importo pari a 30.000 €.

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono come tali contabilizzate dall'istituto bancario.

Resta inteso che la copertura assicurativa resterà ferma e valida anche se il saldo e/o l'esposizione dei rapporti stessi dovesse essere successivamente contabilizzata, per ragioni tecnico/legali in settori non previsti dall'elenco sopra riportato (es. c/sofferenze, ecc.). In tal caso l'Assicurato dovrà fornire adeguata documentazione dell'istituto che provi la provenienza del predetto saldo e/o esposizione.

Per aver diritto all'indennizzo oltre alla documentazione dovuta a norma delle presenti condizioni di assicurazione (vedi Denuncia e gestione del sinistro (SIN)) dovrà essere fornita idonea documentazione dell'Istituto erogatore del mutuo o del prestito, dal quale risulti il saldo in linea capitali del giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.

In caso di rapporti cointestati a più persone fisiche oltre all'Assicurato, o intestati a Società di fatto o semplici o in accomandita semplice o in nome collettivo, in cui l'Assicurato risulti socio al momento del sinistro, l'indennizzo determinato con la procedura sopra esposta non subirà variazioni.

IPI Art. Rimborso spese adeguamento abitazione e autovettura (Z)

In caso di infortunio dal quale derivi all'Assicurato una invalidità permanente superiore al 75%, accertata secondo quanto previsto in "IPI Art. Tabella di indennizzo - Base" o a "IPI Art. Tabella di indennizzo - Privilegiata (M1)", la Società rimborserà:

- le spese sostenute dall'Assicurato per l'abitazione ove ha il proprio domicilio, finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche, fino ad un massimo di 30.000 €. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto. Le spese sostenute sono quelle realizzate per interventi previsti unicamente sugli immobili. Tra le spese rimborsabili sono compresi anche gli eventuali costi di progettazione;
- le spese sostenute sull'autovettura di proprietà dell'Assicurato per renderla idonea alla guida o al trasporto dei disabili. Le spese sono rimborsate fino ad un massimo di 10.000 €. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto.

La Società rimborserà esclusivamente le spese che rimarranno a carico dell'Assicurato al netto di quanto eventualmente rimborsato da enti pubblici o per effetto di altri risarcimenti da parte di terzi responsabili. Qualora le spese sostenute riguardassero un immobile in comproprietà, verranno rimborsate solo le spese sostenute dall'Assicurato.

Per aver diritto all'indennizzo oltre alla documentazione dovuta a norma delle presenti condizioni di assicurazione (vedi Denuncia e gestione del sinistro (SIN)) dovranno essere presentati, da parte dell'Assicurato i documenti giustificativi, le ricevute e fatture.

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO (DI) GARANZIA BASE

DI Art. Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (**il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno**). **Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.**

La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

In caso di degenza conseguente a un infortunio che comporta:

- intervento per asportazione di organi;
- trapianto;
- artro-protesi delle grandi articolazioni;

la diaria raddoppia.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Day hospital: limitazioni ed esclusioni

In caso di Day hospital per un **periodo non inferiore a tre giorni**, la garanzia è operante per **una indennità pari al 50%** dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il Day hospital sia avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione..

Diaria da convalescenza post ricovero importante: limitazioni ed esclusioni

In caso di **ricovero di durata superiore a dieci giorni**, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, **la Società corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di trenta giorni per evento.**

La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi e parto non cesareo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato.

Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

Tale estensione di garanzia non è operante nel caso sia prevista la garanzia opzionale "DM Art. Diaria da convalescenza post ricovero per malattia (S1)".

DI Art. Diaria suppletiva

Nel caso l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporti un ricovero in istituto di cura, superiore a cinque giorni di degenza e purché sia stata acquistata la garanzia di diaria da ricovero per infortunio per un importo di almeno 30 €, verrà riconosciuta una ulteriore diaria giornaliera per ogni giorno di ricovero, **per un massimo di quarantacinque giorni per evento e novanta giorni per anno assicurativo e con il massimo aumento giornaliero è 50 €**, secondo le seguenti modalità:

IMPORTO DIARIA	INDENNIZZO	
fino a 29 €	Nessun indennizzo ulteriore	
da 30 € a 49 €	Da 0 a 5 giorni di ricovero continuativi	Nessun indennizzo
	Dal 6° giorno continuativo in poi	Raddoppio della diaria assicurata
pari o superiore a 50 €	Da 0 a 5 giorni di ricovero continuativi	Nessun indennizzo
	Dal 6° giorno continuativo in poi	Aumento della diaria assicurata di un ulteriore importo di 50 €

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Tale estensione di garanzia non è operante nel caso sia prevista la garanzia opzionale "DM Art. Diaria da convalescenza post ricovero per malattia (S1)".

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO (DI) GARANZIE OPZIONALI

DI Art. Diaria da convalescenza post ricovero per infortunio (S2)

In caso di ricovero **di almeno tre giorni consecutivi**, reso necessario da infortunio, seguito da convalescenza prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante, la Società corrisponde una indennità per ogni giorno di convalescenza nel quale l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative. **Ai fini del conteggio dei giorni di ricovero il giorno di ingresso e di dimissione vengono considerati come un unico giorno** e verranno considerati come ricovero anche i giorni in cui l'Assicurato abbia lasciato il luogo di ricovero con permesso medico risultante da idonea certificazione.

L'indennità sarà corrisposta:

- al 100% per una durata pari a 1/3 del periodo di convalescenza;
- al 50% per i restanti 2/3 del periodo di convalescenza.

La diaria è riconosciuta con il massimo di sessanta giorni per anno assicurativo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari o del medico curante. La Società si riserva di sottoporre a visita medica l'Assicurato allo scopo di verificare diagnosi e prognosi di guarigione.

Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

Esclusioni della diaria da convalescenza post ricovero.

La diaria da convalescenza post ricovero **non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza.**

Diaria Day hospital: requisiti di indennizzabilità ed esclusioni.

La copertura è estesa anche al day hospital con intervento chirurgico, e in tal caso la diaria verrà corrisposta per una durata massima di **cinque giorni**.

Non viene tuttavia corrisposto alcun indennizzo qualora, per lo stesso evento, sia stata corrisposta:

- la garanzia "Diaria da immobilizzazione" (DIM);
- oppure la garanzia "Diaria per inabilità temporanea da infortunio" (DTI).

DI Art. Diaria per punti di sutura (S3)

Per punti di sutura si intendono i punti praticati in Pronto Soccorso, Istituto di cura o Ambulatorio a seguito di tagli, lacerazioni e similari.

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza siano stati applicati dei punti di sutura in Istituto di cura o in ambulatorio, verrà corrisposta la diaria prevista nella scheda di polizza sino alla rimozione degli stessi, **in caso di durata minima della permanenza dei punti di sutura di cinque giorni e nel limite massimo per evento di trenta giorni.**

Il pagamento verrà effettuato a cura ultimata, su presentazione in originale di una dichiarazione attestante la durata di permanenza dei punti di sutura. Il giorno di applicazione e il giorno di rimozione dei punti verranno complessivamente indennizzati per un solo giorno.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di punti di sutura l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE (DIM) GARANZIA BASE

DIM Art. Diaria da immobilizzazione

In caso di evento traumatico che dia luogo a fratture ossee, lesioni capsulari, rotture legamentose e distorsioni (quest'ultime solo se accertate da ente ospedaliero riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale, o tramite Pronto Soccorso, o da medico ortopedico specialista), se l'infortunio comporta l'immobilizzazione, di una o più articolazioni, a titolo curativo, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, **per un periodo massimo di novanta giorni per evento e per anno assicurativo.**

Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- sessanta giorni per la frattura del bacino;
- sessanta giorni per la frattura del femore;
- sessanta giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- venti giorni per la frattura completa della costola;
- cinque giorni per la frattura nasale;
- cinquanta giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo, come i collari di Shantz, di Camp e similari.

Per i mezzi di contenzione immobilizzanti inamovibili, l'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione).

Qualora l'immobilizzo non derivi da una frattura ossea e preveda l'applicazione di un mezzo di contenzione immobilizzante, l'indennizzo avverrà per un periodo massimo di 40 giorni e la somma assicurata indicata in polizza verrà ridotta del 50%.

Esclusioni e limitazioni.

I mezzi di contenzione immobilizzanti potranno essere anche amovibili, purché applicati (in assenza di ricovero) da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N. o da medico ortopedico specialista: la garanzia, in tal caso verrà prestata con un massimo di venticinque giorni per sinistro.

La garanzia sarà operante solo per i seguenti tutori amovibili con le limitazioni e condizioni indicate, anche se non applicati, purché prescritti da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N. o da medico ortopedico specialista:

Ginocchiera Donjoy

Limitatamente ad un periodo massimo di venticinque giorni documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

Stecca di Zimmer

Limitatamente ad un periodo massimo di venticinque giorni documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura.

La garanzia è altresì operante in relazione ai seguenti apparecchi solo se applicati in seguito a frattura radiologicamente accertata, per un periodo massimo di venticinque giorni e previa idonea certificazione medica rilasciata da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N. o da medico ortopedico specialista:

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;
- bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.).

Infine, in qualsiasi caso sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO (DTI) GARANZIA BASE

DTI Art. Diaria per inabilità temporanea da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Società liquida una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Se l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria è pari al 50% di quella indicata in polizza. Tuttavia, se l'infortunio ha comportato un ricovero l'indennizzo verrà riconosciuto sempre al 100%.

La diaria è corrisposta per un massimo di 365 giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.

Nel caso di ernie addominali da sforzo operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo massimo di quindici giorni.

La garanzia è operante all'estero per un periodo massimo di quaranta giorni per ogni sinistro, se l'Assicurato non si sottopone alla visita e agli accertamenti medici in Italia.

Limitazioni ed esclusioni al di fuori dell'Europa

Qualora l'infortunio sia accaduto al di fuori dell'Europa, la garanzia opererà solo qualora ci sia stato ricovero.

Franchigia sull'inabilità temporanea

Al numero dei giorni di inabilità temporanea, determinati in base alle modalità indicate al paragrafo precedente "DTI Art. Diaria per inabilità temporanea da infortunio", verranno detratti sette giorni di franchigia o quelli indicati in polizza se diversi.

- esempio:** la franchigia indicata in polizza è di 7 giorni e vengono accertati 10 giorni di inabilità totale e 10 giorni di inabilità parziale. Il calcolo verrà effettuato in questo modo:
 - 10 giorni di inabilità totale liquidata al 100% - meno 7 giorni di franchigia = 3 giorni liquidabili al 100%
 - 10 giorni di inabilità parziale liquidata al 50%Se l'importo della diaria prevista in polizza è di 80 € verranno liquidati:
 - 80 € x 3 giorni di inabilità totale: pari a 240 €
 - 40 € x 10 giorni di inabilità parziale: pari a 400 €Totale liquidabile 640 €
- esempio:** la franchigia indicata in polizza è di 7 giorni e vengono accertati 5 giorni di inabilità totale e 5 giorni di inabilità parziale. Il calcolo verrà effettuato in questo modo:
 - 5 giorni di inabilità totale liquidata al 100% - meno 5 giorni di franchigia = 0 giorni liquidabili al 100%
 - 5 giorni di inabilità parziale liquidata 50% - meno 2 giorni di franchigia = 3 giorni liquidabili al 50%Se l'importo della diaria prevista in polizza è di 80 € verranno liquidati:
 - - 0 giorni di inabilità totale: 0 €
 - - 40 € x 3 giorni di inabilità parziale: pari a 120 €Totale liquidabile 120 €.

Eliminazione della franchigia

Qualora l'infortunio comporti:

- un ricovero di almeno tre giorni;
- oppure un Day hospital di almeno tre giorni consecutivi;
- oppure un ricorso al Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, con prognosi rilasciata dall'ente ospedaliero di almeno quindici giorni;
- oppure una immobilizzazione resasi necessaria da frattura radiologicamente accertata di una o più articolazioni, secondo quanto previsto dall'Art. DIM - Diaria da Immobilizzazione;

non verrà applicata alcuna franchigia.

DTI Art. Diaria per inabilità temporanea da infortunio per la casalinga

La presente garanzia potrà essere resa operativa anche alle Assicurate casalinghe, alle condizioni previste in "PS Art. Garanzie per la Casalinga".

DTI Art. Diaria per inabilità temporanea da infortunio importante (Q1)

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Società liquida una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate esclusivamente se l'inabilità temporanea è determinata da un infortunio che comporti almeno una delle seguenti circostanze:

- un ricovero di almeno cinque giorni consecutivi (**il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno e sono comprese nel conteggio eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici**);
- una immobilizzazione secondo quanto previsto dall'Art. DIM - Art. Diaria da immobilizzazione;
- un ricovero o un ricorso al Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero con prognosi all'atto della dimissione di almeno venti giorni.

L'indennità verrà corrisposta forfetariamente come segue:

- al 100% per i primi sessanta giorni di inabilità;
- al 50% per l'eventuale restante periodo superiore a sessanta giorni.

La diaria è corrisposta per un massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.

La garanzia è operante all'estero per un periodo massimo di quaranta giorni per ogni sinistro, se l'Assicurato non si sottopone alla visita e agli accertamenti medici in Italia.

Nel caso di ernie addominali da sforzo operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo massimo di quindici giorni.

RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO (RSC) GARANZIA BASE

RSC Art. Rimborso spese di cura per infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data di accadimento del sinistro:

a. Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivamente alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale;**
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica conseguenti l'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, ad esclusione dei tickets, **la Società corrisponde una diaria sostitutiva di 50 € per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.**

Limitazioni, franchigie e scoperti

Limitatamente ai **trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali**, il rimborso viene riconosciuto fino al **massimo del 30% della somma assicurata** e con il limite **massimo di 3.500 € per evento e per anno assicurativo.**

b. Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivi all'infortunio.**

Limitazioni, franchigie e scoperti

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo **scoperto pari al 20%** della spesa documentata e con il **minimo di 100 € per ogni sinistro** relativo a ciascun Assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai **trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali**, il rimborso viene riconosciuto fino al **massimo del 30% della somma assicurata** con il limite **massimo di 2.500 € per evento e per anno assicurativo.**

c. Cure e protesi dentarie da infortunio

Cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Limitazioni, franchigie e scoperti

Tali spese vengono rimborsate **con il limite del 30% della somma assicurata per evento e per anno assicurativo.**

Il massimale scelto costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'Assicurato per visite medico legali non richieste dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

ALTRE GARANZIE OPZIONALI (OPZ)

OPZ Art. Attività sportive svolte non professionalmente (N)

A deroga di quanto indicato in "CGA Art. Sport assicurati con limitazioni", per gli infortuni derivanti dalla pratica di uno o più degli sport di cui alle lettere d., e., f., g., le garanzie previste nel contratto non subiscono la riduzione del 50% dell'indennizzo previsto e il limite di 350.000 € di somma assicurata per il caso morte e invalidità permanente per infortunio.

Limitazioni, franchigie e scoperti

- Per la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI) **non opera la tabella di indennizzo scelta in polizza ma la "Tabella di indennizzo - Rischi particolari" (IPI);**
- **non è operativa la garanzia "Diaria per inabilità temporanea da infortunio" (DTI) e relative garanzie opzionali se scelte in polizza;**
- **nella garanzia, se scelta in polizza, "DIM Art. Diaria da immobilizzazione", l'indennizzo è corrisposto esclusivamente in caso di fratture o di lesioni capsulo legamentose accertate in regime di pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da medico ortopedico specialista, e sottraendo cinque giorni di franchigia dai giorni di indennizzo previsti;**
- per le seguenti prestazioni la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio" (RSC) è prestata fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:
 - laserterapia;
 - magnetoterapia;
 - T.A.C.;
 - risonanza magnetica;
 - artroscopia;
 - tecarterapia

Inoltre, qualora in seguito ad infortunio che abbia dato luogo a ricovero, si rendano necessarie **cure fisioterapiche**, quest'ultime saranno operanti fino al massimo del 30% della somma assicurata e con un massimo di € 3.500 per evento e per anno assicurativo.

Infine, qualora l'infortunio non dia luogo a ricovero, la prestazione **Rimborso Spese di Cura opererà:**

- **solo se l'infortunio è stato accertato da pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da medico ortopedico specialista,**
- **è prevista l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 100,00 per sinistro,**
- **saranno rimborsate le spese per le eventuali cure fisioterapiche che dovessero rendersi necessarie saranno operanti fino al massimo del 30% della somma assicurata e con un massimo di € 2.500 per evento e per anno assicurativo;**
- **non è operante la pronta liquidazione;**
- non sono operanti le seguenti garanzie opzionali se scelte in polizza:
 - "Tabella di indennizzo - Franchigia assoluta (O)" (IPI), se la franchigia scelta in polizza è inferiore al 10%;
 - "Tabella di indennizzo - Sopravalutazione fino a 300.000 € (L)" (IPI);
 - "Tabella di indennizzo - Franchigia relativa fino a 300.000 € (P)" (IPI), se la franchigia scelta in polizza è inferiore al 10%.

OPZ Art. Attività sportive assicurabili solo con patto speciale (N1)

A deroga di quanto indicato in "CGA Art. Sport assicurabili solo con patto speciale", sono compresi in copertura gli infortuni derivanti dalla pratica di uno o più degli sport di cui alle lettere a., b., c., d. "sport aerei" (per questi ultimi purché esercitati nei Paesi Europei ed in quelli del bacino del Mediterraneo).

Per i suddetti sport, la copertura è operante esclusivamente per quelli indicati nella scheda di polizza.

Limitazioni, franchigie e scoperti

- **L'indennizzo previsto dalle garanzie di polizza viene ridotto della metà. In ogni caso la somma assicurata per le garanzie "Morte per infortunio (M)" e "Invalidità permanente per infortunio (IPI)" non potrà superare per ciascuna garanzia l'importo di 250.000 €;**

- per la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI) non opera la tabella di indennizzo scelta in polizza ma la "Tabella di indennizzo - Rischi particolari" (IPI);
- non è operante la pronta liquidazione;
- non sono operanti le seguenti garanzie opzionali se scelte in polizza:
 - "Tabella di indennizzo - Franchigia assoluta (O)" (IPI), se la franchigia scelta in polizza è inferiore al 10%;
 - "Tabella di indennizzo - Sopravvalutazione fino a 300.000 € (L)" (IPI);
 - "Tabella di indennizzo - Franchigia relativa fino a 300.000 € (P)" (IPI), se la franchigia scelta in polizza è inferiore al 10%;
- non è operante la garanzia "Diaria per inabilità temporanea da infortunio" (DTI) e relative garanzie opzionali se scelte in polizza;
- nella garanzia "DIM Art. Diaria da immobilizzazione", se scelta in polizza, l'indennizzo è corrisposto esclusivamente in caso di fratture o di lesioni capsulo legamentose accertate in regime di pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da medico ortopedico specialista, e sottraendo cinque giorni di franchigia dai giorni di indennizzo previsti;
per le seguenti prestazioni mediche la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio" (RSC) è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:
- per le seguenti prestazioni mediche la garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio" (RSC) è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:
 - laserterapia;
 - magnetoterapia;
 - T.A.C.;
 - risonanza magnetica;
 - artroscopia;
 - tecarterapia.

Inoltre, qualora in seguito ad infortunio che abbia dato luogo a ricovero si rendano necessarie cure fisioterapiche, la relativa garanzia sarà operante fino al massimo del 30% della somma assicurata e con un massimo di € 3.500 per evento e per anno assicurativo.

Infine, qualora l'infortunio non dia luogo a ricovero, la prestazione Rimborso Spese di Cura opererà:

- solo se l'infortunio è stato accertato da pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da medico ortopedico specialista,
- è prevista l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 100,00 per sinistro,
- la garanzia per eventuali cure fisioterapiche che dovessero rendersi necessarie sarà operante fino al massimo del 30% della somma assicurata e con un massimo di € 2.500 per evento e per anno assicurativo.

OPZ Art. Responsabilità civile del Contraente persona giuridica (R1)

Poiché la presente assicurazione è stata 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 (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 a seguito di sentenza definitiva o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, 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.

PRESTAZIONI SPECIALI

PS Art. Speciale Casalinga

Se l'Assicurata svolge attività come Casalinga (cod. attività 039) sono operative le seguenti condizioni.

- **Invalidità permanente per infortunio (IPI)**

Qualora venga accertata una invalidità di grado non inferiore al 33%, la Società corrisponderà per la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI), oltre alla liquidazione spettante, anche un'ulteriore indennità aggiuntiva pari al 50% di quella riconosciuta.

L'infortunio deve avvenire durante il lavoro in ambito domestico definendosi come tale lo svolgimento di attività finalizzate alla cura delle persone che costituiscono il nucleo familiare e dell'ambiente domestico ove dimora lo stesso nucleo familiare e all'interno di immobile di civile abitazione ove dimora il nucleo familiare dell'assicurata, delle relative pertinenze e delle parti comuni condominiali.

- **Diaria per inabilità temporanea da infortunio (DTI) - se scelta in polizza**

La garanzia Diaria per inabilità temporanea sarà prestata con le seguenti limitazioni:

- **non è operativa l'eliminazione della franchigia ma verrà sempre applicata una franchigia di dieci giorni;**

- **Invio di una collaboratrice familiare (se scelta in polizza la garanzia "Assistenza" (ASS))**

Per le casalinghe nonché per tutte le donne assicurate, qualora sia stata resa operativa la sezione Assistenza (ASS), verrà prestata la garanzia "ASS Art. Invio di una collaboratrice familiare".

PS Art. Diversamente abili

Le garanzie di polizza sono estese agli Assicurati diversamente abili, con invalidità sensoriale o con invalidità motoria.

La Società, in tali casi, corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali da riconoscere in base al contratto saranno ridotte tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Invalidità permanente per infortunio

- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità sensoriale (es. i non vedenti), la Società corrisponde l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;
- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità motoria (es. i paraplegici e i tetraplegici), valgono i seguenti criteri:
 - per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste contrattualmente;
 - per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Questa garanzia è valida solo se in occasione del sinistro viene presentata la certificazione medico legale rilasciata dalla Commissione sanitaria ASL o ULSS di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (Legge n° 104/92) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

Garanzie escluse:

Sono escluse le garanzie "Invalidità permanente per malattia" (IPM), "Diaria per inabilità temporanea da infortunio" (DTI) e le relative garanzie opzionali.

PS Art. Danno estetico

La presente prestazione è automaticamente operante se acquistata in polizza la garanzia Invalidità permanente da infortunio (IPI).

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute, fino alla concorrenza di 5.000 €, per interventi chirurgici resisi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica determinate da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Nel caso l'intervento chirurgico sia dovuto ad un infortunio che determini sfregi al viso o deformazioni permanenti del viso stesso il rimborso delle spese sostenute sarà effettuato fino alla concorrenza di 10.000 €.

PS Art. Perdita anno scolastico

La presente prestazione è automaticamente operante se acquistata in polizza la garanzia Invalidità permanente da infortunio (IPI).

Se l'Assicurato/Studente, in conseguenza esclusiva di infortunio indennizzabile a termini di polizza, a seguito di un periodo di assenza dalle lezioni che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, non permetta l'ammissione alla classe superiore e determini pertanto la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponde l'indennità pari a 5.000 € se l'Assicurato frequenta le scuole primarie o secondarie di primo grado e di 10.000 € in caso di frequenza delle scuole secondarie di secondo grado.

Il pagamento dell'indennità verrà riconosciuto previa certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta esclusivamente alle assenze conseguenti alle lesioni riportate in seguito all'infortunio.

PS Art. Contagio da H.I.V.

La presente prestazione è automaticamente operante se acquistata in polizza la garanzia Invalidità permanente da infortunio (IPI).

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile nei termini di polizza e comprovata da referto originale della prestazione di pronto soccorso o dalla cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo pari a 30.000 €.

L'indennizzo non verrà riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché per quelle già sieropositive al momento del sinistro.

Resta comunque valido quanto indicato in "CGA Art. Risoluzione del contratto". Pertanto, con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.

La presente copertura è estesa anche al contagio provocato accidentalmente da ago di siringa.

In tal caso, l'Assicurato che ritiene di essere contagiato da H.I.V. a seguito di tale evento, deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento alla Società o all'Agenzia.

E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata con avviso di ricevimento alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso.

Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un Centro specializzato.

Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti.

Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato, ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

La Società in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto pari a 30.000 €.

Resta comunque valido quanto indicato in "CGA Art. Risoluzione del contratto". Pertanto, con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.

SEZIONE MALATTIA

INVALIDITÀ PERMANENTE PER MALATTIA (IPM) GARANZIA BASE

IPM Art. Invalidità permanente per malattia

La Società corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'Assicurato che ha per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta dopo la data di effetto e prima della cessazione del contratto e si sia manifestata entro un anno dopo la cessazione stessa.

IPM Art. Criteri generali di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata. **Se la malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è pertanto indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute da esse derivanti. In caso di denuncia di più di una patologia invalidante, ognuna sarà oggetto di valutazione separata.**

Le invalidità permanenti per malattia già accertate e/o indennizzate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza e/o concorrenza con nuove invalidità per malattia insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo escludendo il pregiudizio riconducibile alle invalidità già accertate.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata entro 540 giorni dalla prima diagnosi e non potrà essere oggetto di ulteriore valutazione dopo tale data, anche in caso di aggravamento.

Tuttavia, se la precedente malattia non è stata indennizzata in quanto la percentuale accertata risultava inferiore alla franchigia, e la nuova malattia concorre con la precedente, la valutazione verrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio derivante dalla precedente patologia.

Entro tale termine la valutazione verrà effettuata anche indipendentemente dalla guarigione clinica.

Tuttavia, se la invalidità permanente per malattia indennizzata sia conseguente a una delle patologie sotto indicate:

- morbo di Parkinson;
- Alzheimer;
- malattie del motoneurone;
- sclerosi multipla;

potrà essere effettuata, a richiesta scritta dell'Assicurato, una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

La seconda valutazione non avverrà prima di 540 giorni dalla prima valutazione e non dopo 1.080 giorni dalla stessa.

Verrà riconosciuta la differenza tra la percentuale liquidabile in base alla nuova valutazione e la percentuale precedentemente liquidata, valutando esclusivamente l'aggravamento della patologia e non la concorrenza con nuove malattie.

Se a giudizio del medico dell'Assicurato e del consulente medico della Società un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della malattia e l'Assicurato non vuole sottoporvisi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'Assicurato si fosse sottoposto al trattamento.

IPM Art. Denuncia, modalità di valutazione e calcolo dell'indennizzo

Oltre a quanto indicato in "SIN Art. Denuncia del sinistro" è necessario allegare alla denuncia del sinistro la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta stabilizzazione della malattia;
- copia della cartella clinica e/o ogni altro documento utile per la valutazione del danno;
- certificato medico che indica il grado di invalidità permanente residuo.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società eventualmente chiedendo la collaborazione dei medici che lo hanno visitato e curato.

La valutazione del grado di invalidità è fatta con riferimento alle percentuali indicate nella "Tabella di accertamento - Invalidità permanente per malattia" (IPM).

Nei casi non previsti nella "Tabella di accertamento Invalidità permanente per malattia" (IPM), la percentuale di invalidità viene accertata facendo riferimento alle tabelle allegate al D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 (Tabelle INAIL) senza tener conto delle modifiche successivamente intervenute alle tabelle. Infine se l'invalidità non fosse prevista nemmeno nella

Tabella INAIL si terrà conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione dichiarata in polizza.

TABELLA DI ACCERTAMENTO - INVALIDITÀ PERMANENTE PER MALATTIA

Sistema Nervoso Centrale		VALUTAZIONE
Tetraplegia		100%
Paraplegia		80%
Emiplegia completa		80%
Emiparesi		dal 30% al 50%
Afasia sensoriale completa		60%
Altre forme di afasia		dal 20% al 40%
Epilessia secondaria con necessità di trattamento con crisi convulsive documentate:		
• crisi saltuarie (massimo 2-4 / anno)		20%
• crisi rare (massimo 1/ mese)		dal 35% al 40%
• crisi frequenti (circa 4/ mese in terapia)		dal 50% al 60%
Emiparkinsonismo (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 15% al 50%
Parkinsonismo bilaterale (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 20% al 60%
Apparato Neurosensoriale		VALUTAZIONE
Deficit visivi dopo correzione		
• cecità monolaterale		35%
• cecità bilaterale		100%
• emianopsia omonima		30%
• emianopsia a quadrante		sotto franchigia
• sordità monolaterale		15%
• sordità bilaterale		60%
• Emilaringectomia		30%
• Laringectomia		60%
• Pneumectomia (perdita di un polmone)		45%
• Lobectomia polmonare		25%
Deficit respiratori secondari a patologie bronco-polmonari da valutare secondo gli indici di funzionalità respiratoria della seguente tabella:		
PARAMETRI	% DEL VALORE TEORICO	VALUTAZIONE
FVC*	maggiore di 70	fino al 24%
FEV1*	maggiore di 70	
DLCO*	maggiore di 80	
FVC*	maggiore di 50 e minore di 70	dal 25% al 35%
FEV1*	maggiore di 40 e minore di 70	
DLCO*	maggiore di 60 e minore di 80	
FVC*	maggiore di 33 e minore di 50	dal 36% al 65%
FEV1*	maggiore di 33 e minore di 40	
DLCO*	maggiore di 40 e minore di 60	
FVC*	minore di 33	oltre il 65%
FEV1*	minore di 33	
DLCO*	minore di 40	
Apparato Digerente		VALUTAZIONE
Sindromi funzionali gastroenteriche:		
di media gravità		20%
di notevole gravità (significativa perdita di peso, disturbi di transito intestinale e dell'alvo, dolori, astenia necessità di trattamento dietetico e farmacologico)		dal 30% al 40%
Stenosi esofagea		dal 30% al 40%
Esiti di gastrectomia totale con marcati disturbi funzionali		50%
Esiti di gastroresezione per ulcera		20%
Esiti di emicolectomia		30%
Esiti di colectomia totale		40%
Ano iliaco		45%
Incontinenza fecale		50%

Esiti di lobectomia epatica	25%
Esiti di epatectomia allargata	45%
Epatite cronica attiva	25%
Epatite cronica a evoluzione cirrotica	40%
Cirrosi epatica conclamata	60%
Cirrosi epatica scompensata	66%
Pancreatite cronica senza diabete e senza insufficienza esocrina	40%
Pancreatite cronica con diabete e / insufficienza esocrina	60%
Esiti di pancreatectomia parziale	40%
Esiti di pancreatectomia totale	66%
Apparato Cardiovascolare	VALUTAZIONE
Angina da sforzo (documentata con test ergometrico)	dal 20% al 40%
Angina spontanea instabile nonostante la terapia	60%
Cardiopatía ischemica e/o post-infartuale a seconda della compromissione funzionale evidenziata dalle opportune indagini (cicloergometro, holter, ecocardiogramma, scintigrafia)	dal 20% al 66%
Aritmie ribelli	dal 40% al 60%
Protesi valvolari cardiache e dell'aorta toracica	30%
Protesi aorta addominale	25%
Esiti angioplastica coronarica	30%
Esiti di intervento di By-pass aorto-coronarico	35%
Applicazione di pace maker	30%
Aneurisma aorta toracica non operabile	50%
Aneurisma aorta addominale non operabile	50%
Insufficienza cardiaca di riferimento anche per i casi diversi da quelli richiamati:	
• I classe NYHA	fino al 20%
• II classe NYHA	40%
• III classe NYHA	60%
• IV classe NYHA	oltre il 66%
Apparato Urinario	VALUTAZIONE
Perdita anatomica o funzionale di un rene	25%
Cistostomia	40%
Urostomia	40%
Incontinenza urinaria parziale	15%
Incontinenza urinaria totale	30%
Insufficienza renale cronica senza necessità di dialisi (in rapporto al grado di funzionalità residua)	dal 20% al 50%
Insufficienza renale cronica con necessità di dialisi (in rapporto al quadro clinico ed eventuali complicanze)	dal 51% al 66%
Uremia	Oltre il 66%
Esiti di trapianto renale (in relazione alle complicanze)	dal 25% al 50%
Esiti di cistectomia con deviazione esterna	50%
Apparato Genitale Femminile	VALUTAZIONE
Isterectomia in età feconda	35%
Isterectomia in età non feconda	25%
Mastectomia radicale monolaterale	30%
Mastectomia radicale bilaterale	50%
Quadrantectomia allargata	25%
Ovariectomia bilaterale in età feconda	35%
Ovariectomia bilaterale in età non feconda	25%
Apparato Emopoietico	VALUTAZIONE
Leucemia acuta	50%
Leucemia mieloide cronica	35%
Leucemia linfatica cronica (in relazione alla gravità)	dal 40% al 60%
Mieloma multiplo	60%
Linfoma non Hodgkin	60%

Endocrinopatie	VALUTAZIONE
Diabete non insulino dipendente senza complicanze d'organo (eccetto patologie benigne)	10%
Diabete insulino dipendente in buon compenso metabolico (eccetto patologie benigne)	20%
Diabete insulino dipendente instabile (eccetto patologie benigne)	40%
N.B. le complicanze d'organo di origine diabetica (nefropatie, neuropatie, e retinopatie) andranno valutate a parte come elemento concorrente del danno.	
Iposurrenalismo mal controllabile	dal 25% al 50%
Esiti di tiroidectomia totale	25%
Malattie reumatiche autoimmuni	VALUTAZIONE
Lupus eritematoso (LES) in relazione alla gravità ed all'estensione	dal 20% al 50%
Artrite reumatoide in relazione alla gravità ed all'estensione	dal 20% al 50%
Spondilite anchilopoietica gravemente deformante (in relazione alla gravità)	dal 20% al 50%

* Legenda

FVC = Capacità vitale forzata

FEV1 = Volume espiratorio forzato in 1 secondo

DLCO = Capacità di diffusione polmonare dell'anidride carbonica

NYHA = New York Heart Association

In caso di isterectomia o ovariectomia o mastectomia totale, anche se la valutazione dei postumi individua una invalidità rientrante nella franchigia, potrà comunque essere corrisposto un indennizzo in base al seguente prospetto:

- sino a 35 anni: 10% della somma assicurata;
- da 36 a 45 anni: 5% della somma assicurata;
- da 46 a 65 anni: 2% della somma assicurata;
- oltre 65 anni: nessun indennizzo.

La determinazione dell'indennizzo, calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità individuato secondo quanto previsto dal presente articolo, è effettuata in base alle percentuali indicate nella "Tabella di indennizzo - Invalidità permanente per malattia" (IPM).

TABELLA DI INDENNIZZO - INVALIDITÀ PERMANENTE PER MALATTIA

INVALIDITÀ ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA		INVALIDITÀ ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA	
	fino a 350.000 €	oltre 350.000 €		fino a 350.000 €	oltre 350.000 €
	Percentuale da liquidare			Percentuale da liquidare	
1 -24%	0 %	0 %	25%	5 %	0 %
26 %	7 %	0 %	27 %	9 %	0 %
28 %	11 %	0 %	29 %	13 %	0 %
30 %	15 %	0 %	31 %	17 %	0 %
32 %	19 %	0 %	33 %	21 %	0 %
34 %	23 %	0 %	35 %	25 %	0 %
36 %	27 %	1 %	37 %	29 %	2 %
38 %	31 %	3 %	39 %	33 %	4 %
40 %	35 %	5 %	41 %	37 %	6 %
42 %	39 %	7 %	43 %	41 %	8 %
44 %	43 %	9 %	45 %	45 %	10 %
46 %	47 %	11 %	47 %	49 %	12 %
48 %	51 %	13 %	49 %	53 %	14 %
50 %	55 %	15 %	51 %	57 %	16 %

INVALIDITÀ ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA		INVALIDITÀ ACCERTATA	SOMMA ASSICURATA	
	fino a 350.000 €	oltre 350.000 €		fino a 350.000 €	oltre 350.000 €
	Percentuale da liquidare			Percentuale da liquidare	
52 %	59 %	17 %	53 %	62 %	18 %
54 %	65 %	19 %	55 %	68 %	20 %
56 %	71 %	21 %	57 %	74 %	22 %
58 %	77 %	23 %	59 %	80 %	24 %
60 %	83 %	25 %	61 %	86 %	26 %
62 %	89 %	27 %	63 %	92 %	28 %
64 %	95 %	29 %	65 %	98 %	30 %
66 %	100 %	31 %	67 %	100 %	32 %
68 %	100 %	33 %	69 %	100 %	34 %
70 %	100 %	35 %	71 %	100 %	36 %
72 %	100 %	37 %	73 %	100 %	38 %
74 %	100 %	39 %	75 %	100 %	40 %
76 %	100 %	41 %	77 %	100 %	42 %
78 %	100 %	43 %	79 %	100 %	44 %
80 %	100 %	45 %	81 %	100 %	46 %
82 %	100 %	47 %	83 %	100 %	48 %
84 %	100 %	49 %	85 %	100 %	50 %
86 %	100 %	51 %	87 %	100 %	52 %
88 %	100 %	53 %	89 %	100 %	54 %
90 %	100 %	55 %	91 %	100 %	56 %
92 %	100 %	57 %	93 %	100 %	58 %
94 %	100 %	59 %	95 %	100 %	60 %
96 %	100 %	61 %	97 %	100 %	62 %
98 %	100 %	63 %	99 %	100 %	64 %
100 %	100 %	65 %			

IPM Art. Massimo indennizzo

Il grado di Invalidità permanente per malattia indennizzato non potrà in ogni caso essere superiore al 100% del capitale assicurato.

Il capitale assicurato rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera durata contrattuale.

Pertanto, la somma degli importi indennizzati determinati da più malattie, non potrà superare nell'arco dell'intera durata contrattuale, il capitale assicurato.

Nel caso fosse corrisposto l'intero capitale assicurato, cessa la copertura assicurativa, relativamente a questa garanzia, per l'Assicurato che ne ha usufruito. In tal caso, la Società si impegna a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni di assicurazione in corso per le restanti garanzie.

INVALIDITÀ PERMANENTE PER MALATTIA (IPM) GARANZIA OPZIONALE

INVALIDITA' PERMANENTE PER MALATTIE GRAVI (T)

IPM Art. Invalidità permanente per malattie gravi (T)

A parziale modifica di quanto indicato in "IPM Art. Denuncia, modalità di valutazione e calcolo dell'indennizzo" si conviene che la garanzia è operante esclusivamente per le invalidità permanenti derivanti da:

- malattie cardiache;
- malattie renali;
- disturbi dell'apparato circolatorio a carattere acuto;
- le seguenti malattie neurologiche:
 - Alzheimer;
 - Parkinson;
 - Sclerosi multipla;
 - Malattie del motoneurone;

per le quali è accertata una invalidità permanente pari o superiore al 60%. In tal caso la Società liquida il 100% del massimale indicato in polizza.

INVALIDITA' PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO (T1)

IPM Art. Invalidità permanente da ictus o infarto (T1)

La società rimborsa l'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale assicurato, nei casi di invalidità permanenti conseguenti a ictus cerebrale o infarto miocardico acuto manifestatisi successivamente alla data di effetto del contratto e non oltre la sua scadenza.

IPM Art. Esclusioni (T1)

L'assicurazione **non è operante** per le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data della stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o con colpa grave;**
- b) abuso di alcolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti nonché le malattie correlate al consumo non terapeutico di stupefacenti, all'abuso di alcool e/o sostanze psicotrope;**
- c) trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche.**
- d) malattie professionali come definite dal D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche.**

IPM Art. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (T1)

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro quindici giorni dalla sua diagnosi clinica o strumentale oppure dal momento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

Successivamente devono essere inviati i certificati medici e ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti, compreso il certificato medico attestante la stabilizzazione della malattia denunciata. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa.

Resta fermo, in quanto compatibile, quanto altro previsto per la denuncia di sinistro dalle Condizioni di polizza Infortuni.

IPM Art. Criteri di liquidazione dell'Invalidità Permanente da ictus o infarto (T1)

L'indennizzo spettante per l'invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per la presente garanzia la percentuale individuata nelle seguente tabella in corrispondenza del grado di invalidità accertato a termini del successivo IPM art. Accertamento dell'Invalidità permanente da ictus o infarto.

Nella colonna A è riportata la percentuale di invalidità permanente accertata, nella Colonna B è riportata la percentuale di indennizzo spettante all'Assicurato.

COLONNA A % ACCERTATA	COLONNA B % DA LIQUIDARE	COLONNA A % ACCERTATA	COLONNA B % DA LIQUIDARE
Inferiore a 25	0	44	39
25	1	45	41
26	3	46	43
27	5	47	45
28	7	48	47
29	9	da 49 a 66	Pari all'accertato
30	11	67	68
31	13	68	70
32	15	69	72
33	17	70	74
34	19	71	76
35	21	72	78
36	23	73	80
37	25	74	82
38	27	75	84
39	29	76	87
40	31	77	90
41	33	78	93
42	35	79	97
43	37	80 e oltre	100

Nessun indennizzo risulta pertanto spettante in caso di invalidità permanente accertata di grado inferiore al 25% della totale.

In caso di entrambe le patologie, denunciate contemporaneamente, oppure in momenti successivi, le quali comportino invalidità permanenti indennizzabili a termini di polizza, il cumulo dei singoli indennizzi non potrà essere maggiore del capitale assicurato.

Pertanto, contestualmente alla liquidazione di ogni sinistro, il capitale assicurato si riduce automaticamente di un importo pari a quello dell'indennizzo liquidato.

IPM Art. Accertamento dell'Invalidità Permanente da ictus o infarto (T1)

La percentuale di invalidità permanente è accertata, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi almeno dodici mesi dalla data della denuncia - effettuata nei termini previsti al precedente IPM art. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro e comunque non oltre 18 mesi dalla stessa. Tuttavia, l'accertamento dell'invalidità permanente, previa richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno sei mesi dalla denuncia a condizione che:

- venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
- la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata. nel caso di premorienza dell'assicurato, per cause diverse da quella che ne ha provocato l'invalidità, è facoltà degli eredi/aventi causa dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

IPM Art. Anticipo degli indennizzi (T1)

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo da imputarsi nella liquidazione definitiva a condizione che relativamente alla malattia denunciata:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro;
- trascorsi almeno 12 mesi dalla denuncia, la malattia stessa non risulti stabilizzata;
- l'invalidità permanente che possa derivare risulti, dalle valutazioni mediche effettuate, in ogni caso di grado superiore alla franchigia contrattualmente stabilita.

L'anticipo sarà determinato applicando alla somma assicurata la percentuale individuata nella Colonna B dell'articolo IPM Criteri di Liquidazione, in corrispondenza del grado di invalidità permanente minimo prevedibile per la malattia secondo valutazione medica. L'anticipo così determinato non potrà comunque superare il 50% dell'indennizzo corrispondente al grado di invalidità permanente massimo prevedibile secondo valutazione medica per la stessa malattia.

IPM Art. Criteri di indennizzabilità (T1)

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'invalidità permanente derivante dalla singola malattia denunciata ed indennizzabile a termini di contratto, indipendentemente dal maggior pregiudizio derivante da situazioni patologiche o infermità preesistenti alla malattia denunciata.

In caso di una pluralità di denunce, effettuata contemporaneamente o in momenti successivi, la valutazione dell'invalidità permanente verrà effettuata sul singolo Ictus o Infarto, separatamente considerati.

Le invalidità permanenti già accertate non saranno ulteriormente valutate sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso nuove malattie determinino un'influenza peggiorativa sull'invalidità stessa.

IPM Art. Non cumulabilità (T1)

La presente garanzia non si cumula con l'eventuale indennizzo previsto per le altre garanzie infortuni.

IPM Art. Limiti di età (T1)

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 65 anni.

IPM Art. Arbitrato irrituale (T1)

Per le divergenze sul diritto all'indennizzo e le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro nonché sul grado di invalidità permanente accertato nei termini della presente garanzia si applica quanto previsto dalle Condizioni di polizza.

DIARIA DA RICOVERO PER MALATTIA O PARTO (DM) GARANZIA BASE

DM Art. Diaria da ricovero per malattia o parto

La Società corrisponde in caso di ricovero per malattia o parto dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (**il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno**). **Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.**

La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

Per assicurati di età superiore ai 60 anni la durata massima in caso di ricovero per malattia è di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

In caso di degenza conseguente a:

- malattie coronariche e infartuali, rivascolarizzazione cardiaca e by-pass;
- neoplasie maligne;
- interventi per asportazione di organi;
- trapianti;
- artro-protesi delle grandi articolazioni;
- ictus cerebrale;

la diaria raddoppia.

Per i ricoveri di assicurati con età inferiore a 9 anni, dovuti a interventi su tonsille o su vegetazioni adenoidi, nonché per quelli dovuti a parto non cesareo o aborto post-traumatico, la diaria viene corrisposta per la durata massima di 5 giorni.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro 30 giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Sono automaticamente operanti le seguenti condizioni relative al Day hospital e alla Diaria da convalescenza post ricovero importante.

Day hospital

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital sia avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Diaria da convalescenza post ricovero importante

In caso di ricovero di durata superiore a 10 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che **hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di 30 giorni per evento.**

La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi e parto non cesareo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato.

Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

Tale estensione di garanzia non è operante nel caso sia prevista la garanzia "DM Art. Diaria da convalescenza post ricovero da malattia (S1)".

DIARIA DA RICOVERO PER MALATTIA O PARTO (DM) GARANZIA OPZIONALE

DM Art. Diaria da convalescenza post ricovero per malattia (S1)

In caso di ricovero di almeno 3 giorni consecutivi o anche di durata inferiore in caso di neoplasia maligna o di grande intervento chirurgico risultante nell' "Elenco grandi interventi chirurgici" di seguito riportato, reso necessario da infortunio, malattia, o donazione organi, seguito da convalescenza prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante, la Società corrisponde una indennità per ogni giorno di convalescenza nel quale l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative. **Ai fini del conteggio dei giorni di ricovero il giorno di ingresso e dimissione vengono considerati come un unico giorno** e verranno considerati come ricovero anche i giorni in cui l'Assicurato abbia lasciato il luogo di ricovero con permesso medico risultante da idonea certificazione. L'indennità sarà corrisposta:

- al 100% per una durata pari a 1/3 del periodo di convalescenza;
- al 50% per i restanti 2/3 del periodo di convalescenza.

La diaria verrà riconosciuta con il massimo di 60 giorni per anno assicurativo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari o del medico curante. La Società si riserva di sottoporre a visita medica l'Assicurato allo scopo di verificare diagnosi e prognosi di guarigione.

Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

La "Diaria da convalescenza post ricovero (S1)" non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza.

La copertura è estesa anche al day hospital con intervento chirurgico, e in tal caso la diaria verrà corrisposta per una durata massima di 5 giorni.

Non sarà tuttavia corrisposto alcun indennizzo qualora, per lo stesso evento, sia stata corrisposta:

- la "Diaria da immobilizzazione" (DIM);
- oppure la "Diaria per inabilità temporanea da infortunio" (DTI).

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mieolopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di corpectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della aorta carotide e della aorta vertebrale
- Decompressione della aorta vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

SEZIONE ASSISTENZA (ASS)

ASS Art. Assistenza

La Società assicura le prestazioni dei servizi di assistenza indicate negli articoli seguenti, divisi nelle sezioni, purché sia richiamata nella scheda di polizza la garanzia "Assistenza" (ASS).

- CURE/AIUTO A DOMICILIO;
- INFORMAZIONI, RICERCA E PRENOTAZIONE;
- VIAGGIO;
- TRASPORTO SANITARIO (ANCHE DURANTE IL VIAGGIO ALL'ESTERO);
- SECONDO PARERE E CONSIGLI MEDICI.

ASS Art. Istruzioni per la richiesta di Assistenza

In caso di sinistro, per poter usufruire delle prestazioni Assistenza, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al:

numero verde **800.572.572**
oppure al numero: **02.24.12.85.70**
(preceduto dal prefisso per l'Italia in caso si trovi all'estero).

Se impossibilitato a telefonare, l'Assicurato potrà inviare un fax al seguente numero:

02.24.12.82.45

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. nome e cognome;
 2. numero di polizza;
 3. servizio richiesto;
 4. indirizzo del luogo in cui si trova;
 5. recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.
- Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

ASS Art. Erogazione delle prestazioni

L'Assicurato al verificarsi del sinistro deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa. Salvo casi di comprovata ed oggettiva forza maggiore, il diritto all'assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro ed abbia provveduto in autonomia ad attivare prestazioni di assistenza senza previa autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa. Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa non saranno rimborsate.

Tutte le prestazioni non possono essere fornite più di 3 volte entro ciascuna annualità assicurativa.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 90 giorni di permanenza continuativa all'estero.

ASS Art. Esclusioni

La garanzia non è operante per i sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- malattie nervose e mentali;
- malattie o infortuni insorti anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;
- malattie o infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a

ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

- infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Società si prescrive, ai sensi dell'Art. 2952 del codice civile nel termine di 2 anni che decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda.

ASS Art. Accertamenti in caso di sinistro

L'Assicurato s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla Struttura Organizzativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di 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.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie).

INFORMAZIONI, RICERCA E PRENOTAZIONE

ASS Art. Informazioni sanitarie

(Prestazione attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18 esclusi i festivi infrasettimanali)

La Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assicurato, tramite la propria équipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche presso gli uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

ASS Art. Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi, in seguito a infortunio e/o malattia, a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi ematochimiche, la Struttura Organizzativa, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico e la visita presso lo specialista e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

CURE/AIUTO A DOMICILIO

ASS Art. Invio di un medico a domicilio o di una ambulanza

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 dei giorni feriali o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva e a spese della Società, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

ASS Art. Invio di un infermiere a domicilio

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive dalla dimissione dal ricovero, necessitasse di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento. La Società ne assume le spese **fino a un massimo di 55 € al giorno per un massimo di cinque giorni per sinistro**.

ASS Art. Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare al suo domicilio un fisioterapista. La Società terrà a proprio carico **il costo fino a un massimo di 260 € per sinistro**.

ASS Art. Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente

Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. La Società terrà a proprio carico **l'onorario fino a un massimo di 250 € per sinistro**.

ASS Art. Assistenza domiciliare integrata

Le seguenti prestazioni sono operanti a seguito di ricovero della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, dovuto a malattia o infortunio. Le modalità per l'accesso alle seguenti prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e il medico curante e a tal fine la Struttura Organizzativa **dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare le prestazioni stesse.**

- **Ospedalizzazione domiciliare**

La Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.**

- **Prestazioni professionali**

In caso di necessità la Struttura Organizzativa provvede a inviare al domicilio dell'assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) **fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.**

- **Servizi sanitari**

Se l'Assicurato necessita di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire al proprio domicilio della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare i servizi richiesti **fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.**

- **Servizi non sanitari**

Se l'Assicurato necessita di svolgere incombenze connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare i servizi richiesti **fino a un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.**

ASS Art. Fornitura di attrezzature medico chirurgiche

Se, a seguito di infortunio e/o malattia, si rendano necessarie all'Assicurato una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito,

la Struttura Organizzativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per Sinistro, tenendo il costo a carico della Società.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di 500 € per sinistro**, a fronte di presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

La garanzia è operante esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano.

ASS Art. Invio di una collaboratrice familiare

(prestazione operante esclusivamente per le assicurate donne)

In caso di infortunio che comporti l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni, o in caso di frattura del bacino, femore, della colonna vertebrale o per frattura della costola purché radiologicamente accertate oppure in caso di ricovero per infortunio e/o malattia che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con la disponibilità locale. La Società terrà a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 50 € al giorno per un periodo massimo di 10**

giorni lavorativi per sinistro, con il limite di 350 €. E' facoltà dell'Assicurato segnalare una collaboratrice di propria conoscenza che la Struttura Organizzativa contatterà per verificarne la compatibilità della tariffa richiesta con quelle praticate dalle collaboratrici convenzionate.

Qualora la tariffa richiesta ecceda quella praticata, l'Assicurato potrà scegliere ugualmente quella di sua conoscenza, **tenendo a proprio carico l'eccedenza del costo.**

VIAGGIO

ASS Art. Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, in caso di ricovero in ospedale per infortunio o malattia trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete, assumendone la Società i costi per **un massimo di 8 ore lavorative per sinistro.** La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistano filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

ASS Art. Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, su prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro al domicilio nella data prestabilita, la Struttura Organizzativa provvederà a prenotare un albergo per l'Assicurato, tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un importo massimo complessivo di 500 € per sinistro.**

L'Assicurato, al suo rientro, dovrà presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

ASS Art. Rientro degli altri Assicurati

In caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni previste nel successivo "ASS Art. Rientro sanitario (anche dall'estero)", se le persone in viaggio con l'Assicurato, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Struttura Organizzativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.

La Società terrà a proprio carico il costo dei biglietti:

- **fino a un importo massimo di 300 € per persona assicurata e per sinistro, se il viaggio di rientro avviene dall'Italia;**
- **fino a un importo massimo di 500 € per persona assicurata e per sinistro, se il viaggio di rientro avviene dai restanti Paesi.**

La Società avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

ASS Art. Rientro con un familiare

Qualora, in caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni previste in "ASS Art. Rientro sanitario", i Medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare l'Assicurato accompagnato da un familiare, utilizzando lo stesso mezzo, fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza. I relativi costi sono a carico della Società **fino alla concorrenza massima di 750 € per sinistro.**

Qualora la Struttura Organizzativa abbia provveduto al rientro del familiare a proprie spese, la stessa ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto (aereo, ferroviario, ecc.) non utilizzato. **Non è previsto il rimborso delle spese di soggiorno del familiare.**

ASS Art. Rientro anticipato

Se l'Assicurato, trovandosi in viaggio, ha la necessità di rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Struttura Organizzativa provvederà a fornirgli, con spese a carico della Società, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto.

Nel caso in cui l'Assicurato viaggiasse con un minore, purché assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare entrambi. Se l'Assicurato si trovasse nella impossibilità di utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Struttura Organizzativa gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

ASS Art. Accompagnamento di minori

Se l'Assicurato in viaggio accompagnato da minori di quindici anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito a malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe

economica), di andata e ritorno, per permettere a un familiare, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. **Non è previsto il rimborso delle spese di soggiorno del familiare.**

L'Assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

ASS Art. di Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a dieci giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. Se l'Assicurato necessita di assistenza personale, la Struttura Organizzativa provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare, tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo di 500 € per sinistro.**

ASS Art. Invio di medicinali urgenti

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzati in Italia ma irrimediabili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali).

Restano a carico dell'Assicurato i costi dei prodotti medicinali stessi.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

ASS Art. Anticipo spese mediche

Se l'Assicurato deve sostenere delle spese mediche impreviste, e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa anticipa, per conto dell'Assicurato, il pagamento delle fatture ad esse relative **fino a un importo massimo di 500 € per sinistro.**

Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di 500 €, la prestazione viene erogata dopo che siano state date alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione delle somme stesse.

L'importo delle fatture pagate dalla Struttura Organizzativa non potrà mai comunque superare la somma di 3.000 € per Sinistro.

La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante quando il Sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

ASS Art. Anticipo spese sanitarie sostenute all'estero

Fino alla concorrenza di 3.000 € la Struttura Organizzativa può anticipare all'Assicurato, in caso di ricovero all'estero per malattia o infortunio, la somma necessaria per il pagamento delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche e ospedaliere. Qualora l'importo versato dalla Struttura Organizzativa superi il massimale Assicurato disponibile ovvero l'evento risulti non indennizzabile a termini delle condizioni di assicurazione, tale somma, o la parte di essa oltre il massimale assicurato disponibile, **dovrà essere rimborsata entro un mese dalla messa a disposizione.**

ASS Art. Rimpatrio salma

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato è deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di 5.000 € per Sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.**

La garanzia è operante quando il Sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

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

TRASPORTO SANITARIO (ANCHE DURANTE IL VIAGGIO ALL'ESTERO)

ASS Art. Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo per ogni Sinistro pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (casa - ospedale e ritorno).**

ASS Art. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario, **limitatamente al trasferimento in Europa e nei paesi del bacino del Mediterraneo (Albania, Algeria, Bosnia Erzegovina, Cipro, Croazia, Egitto, Grecia, Israele, Libano, Libia, Malta, Marocco, Montenegro, Serbia, Slovenia, Siria, Tunisia, Turchia). Come indicato in "ASS Art. Esclusioni" le prestazioni non sono fornite se i suddetti Stati si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;**
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, e occorrendo, vagone letto;
 - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, ove necessario.

ASS Art. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui a "ASS Art. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo tra quelli qui di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

ASS Art. Rientro sanitario (anche dall'estero)

Se a seguito di malattia o di un infortunio le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario, **limitatamente al trasferimento in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo (Albania, Algeria, Bosnia Erzegovina, Cipro, Croazia, Egitto, Grecia, Israele, Libano, Libia, Malta, Marocco, Montenegro, Serbia, Slovenia, Siria, Tunisia, Turchia). Come indicato in "ASS Art. Esclusioni" - le prestazioni non sono fornite se i suddetti Stati si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;**
- aereo di linea classe economica eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e le spese relative restano a carico della Società, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

Se l'Assicurato è rientrato a spese della Società, la Struttura Organizzativa ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

La prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'Assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

CONSIGLI MEDICI E SECONDO PARERE MEDICO

ASS Art. Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se l'Assicurato necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'Assicurato.

ASS Art. Secondo parere medico

La Società, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'Assicurato il servizio di seconda opinione medica, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, **l'Assicurato o il medico curante dovranno:**

- **spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito;**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La Struttura Organizzativa procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvede all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'Assicurato.

Il servizio di seconda opinione medica sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito e che sarà fornita alla Struttura Organizzativa dall'Assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per la prestazione del servizio.

La risposta in forma scritta, e in lingua inglese, della seconda opinione medica sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque al massimo entro 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare o medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla video conferenza. **La Società terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di 800 € per sinistro.**

La prestazione è operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

TRATTAMENTO IN U.S.A. IN SEGUITO A SECONDA OPINIONE MEDICA

Servizi personalizzati

Una volta realizzata una seconda opinione medica e sempre che l'Assicurato abbia deciso di sottoporsi a cure mediche e/o ospedaliere in U.S.A. in relazione con il quadro clinico corrispondente alla seconda opinione medica realizzata, gli saranno prestati i seguenti servizi:

1. Consulenza e consiglio nella selezione di medici ed ospedali in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso.
2. Conseguimento di visite mediche con i medici ed ospedali scelti dall'Assicurato in U.S.A.
3. Consulenza e supporto per le pratiche di ingresso e ammissione nell'ospedale scelto dall'Assicurato, tra quelli compresi nella rete ospedaliera convenzionata.
4. Gestione della prenotazione di passaggi aerei ed alloggio per l'Assicurato ed i familiari che lo dovessero accompagnare, sempre e quando il viaggio in U.S.A. si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri in relazione con la seconda opinione medica.
5. Coordinamento dell'accoglienza dell'Assicurato e dei familiari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e del successivo trasferimento al luogo di alloggio, sempre e quando il viaggio si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri in relazione con la seconda opinione medica.
6. Quando lo stato di salute dell'Assicurato lo raccomandi, coordinamento del trasferimento in ambulanza aerea fino agli U.S.A. o terrestre dentro gli U.S.A.
7. A partire dall'ingresso dell'Assicurato nell'ospedale scelto, la Struttura Organizzativa fornirà l'accesso ai servizi di

interpreti qualificati quando si rendano necessari per facilitare la realizzazione delle cure mediche in U.S.A.

Le spese mediche inerenti ai ricoveri saranno esclusivamente a carico dell'Assicurato, così come le spese di trasporto e alloggio dell'Assicurato.

Servizi amministrativi

Realizzata la seconda opinione medica, una volta che l'Assicurato abbia confermato il suo desiderio di ricevere cure ospedaliere in U.S.A., oltre ai servizi di cui nella sezione precedente la Struttura Organizzativa si impegna a prestare i seguenti servizi:

- prima dell'arrivo dell'Assicurato: ottenimento dei preventivi e dei costi stimati relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assicurato deve ricevere in U.S.A.;
- presentazione e introduzione dell'Assicurato, mediante una tessera che lo identifichi come membro della corrispondente rete di fornitori di servizi di assistenza sanitaria (PPO) nell'ospedale in cui sarà ricoverato;
- coordinamento delle cure all'Assicurato nell'ospedale da lui scelto e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento dell'Assicurato;
- audit completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, in relazione con le cure mediche ricevute dall'Assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO (SIN)

SIN Art. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

Per la garanzia "Invalidità permanente per malattia" (IPM), la denuncia della malattia deve avvenire entro 3 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto, sempreché la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

SIN Art. Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Per la garanzia "Inabilità temporanea da infortunio" (DTI), i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. La garanzia, al netto della franchigia prevista in polizza, decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 del giorno dell'ultimo giorno di inabilità.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

SIN Art. Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

SIN Art. Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di invalidità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

SIN Art. Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

SIN Art. Anticipo degli indennizzi

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente per infortunio stimata dalla Società sia pari o superiore al 15% ovvero il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata dalla Società sia superiore a 180 giorni verrà riconosciuto, su richiesta scritta dell'Assicurato, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo.

Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'inabilità temporanea accertata in via definitiva dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "Anticipo indennizzo", la Società ha diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

SIN Art. Rimborso spese cartella clinica

La Società, su richiesta scritta dell'Assicurato, rimborsa il costo amministrativo sostenuto per la produzione della cartella clinica eventualmente richiesta dalla Società per dar corso all'indennizzo delle garanzie di "Invalidità permanente per infortunio" (IPI), "Invalidità permanente per malattia" (IPM), "Diaria da ricovero per infortunio" (DI) e "Diaria da ricovero per malattia o parto" (DM). La Società rimborserà i costi sostenuti fino ad un massimo di 50 € per sinistro.

SIN Art. Denuncia sinistri garanzie Sezione Assistenza

La denuncia del sinistro deve essere effettuata con le modalità previste nella Sezione Assistenza all'articolo "ASS Art. Istruzioni per la richiesta di Assistenza".



SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A.
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia
Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111 - Fax +39 045 8 391 112
Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.
www.cattolica.it