

---

**ONEBROKER**  
il vostro consulente assicurativo **unico**



**UnipolSai**  
ASSICURAZIONI

ESTRATTO  
POLIZZA INFORTUNI



## Sommario

|  |    |
|--|----|
| CONDIZIONI CHE MODIFICANO/INTEGRANO IL FASCICOLO INFORMATIVO PROD. 1031.....   | 2  |
| Oggetto dell'assicurazione .....   | 2  |
| NOTA INFORMATIVA RELATIVA AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE “INFORTUNI” (REGOLAMENTO ISVAP<br>N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010)..... | 3  |
| A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE .....  | 4  |
| B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO .....  | 4  |
| C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.....   | 7  |
| DEFINIZIONI .....  | 9  |
| 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....  | 14 |
| 2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINI- STRI.....  | 15 |
| Norme relative alla Sezione Infortuni .....  | 15 |
| 3. SEZIONE INFORTUNI.....  | 20 |
| ART. 3.9 - GARANZIE PRESTATE.....  | 23 |
| A) Morte .....   | 23 |
| A1) Commorienza di coniugi - duplicazione della somma assicurata a favore dei figli minorenni...                         | 24 |
| B) Invalidità permanente.....  | 24 |
| C) Inabilità temporanea.....   | 24 |
| D) Rimborso per spese mediche da infortunio .....  | 24 |
| E) Indennità per ricovero a seguito di infortunio.....   | 24 |
| FRANCHIGIA ASSOLUTA SULL’INDENNITÀ PER RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO (COD. 78) .....                                | 25 |

## ***CONDIZIONI CHE MODIFICANO/INTEGRANO IL FASCICOLO INFORMATIVO PROD. 1031***

### ***Oggetto dell'assicurazione***

A parziale deroga dell'art. 3.1 delle NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI la Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni occorsi agli iscritti SI.NA.FI. Sindacato Nazionale Finanziari, fatta eccezione per i rischi esclusi previsti dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

### **Morte**

Somma assicurata **€ 10.000,00**

### **Invalidità Permanente**

Somma assicurata **€ 10.000,00**

### **Indennità per solo ricovero da Infortunio**

Somma assicurata **€ 25,00**

**A parziale deroga delle CGA la liquidazione del Ricovero ospedaliero da infortunio verrà effettuata previa deduzione di una Franchigia di 3 giorni (c.p. 78) ed un massimo indennizzo di 30 giorni.**

**NOTA INFORMATIVA RELATIVA AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE "INFORTUNI"  
(REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010)**

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link:

[http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento\\_Fascicoli\\_Informativi.aspx](http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx).

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darle tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

#### 1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

### **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il contratto, di durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, è prorogato per un anno e così successivamente. Si rinvia all'articolo 1.10 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio. Se le parti hanno invece pattuito la non rinnovabilità della polizza, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'articolo 1.13 "Pattuizione della non rinnovabilità della polizza" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

#### 3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

- a) INFORTUNI: la Società indennizza gli infortuni che provochino la morte dell'Assicurato, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre conseguenze previste dalle condizioni di assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3.9 "Garanzie prestate" - alle lettere A) B) C) O) E) delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione infortuni".
- b) MALATTIA: la Società indennizza le malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che determinino per l'Assicurato il ricovero in istituto di cura. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 4.1 "Garanzie prestate" - lettera A) - indennità per ricovero a seguito di Malattia - delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia".

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si

rinvia agli articoli delle “Norme che regolano il contratto in generale”, “Norme che regolano la liquidazione dei sinistri”, “Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Infortuni e Sezione Malattia” e “Condizioni Particolari”. Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti, massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle “Norme che regolano la liquidazione dei sinistri”, “Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Infortuni e Sezione Malattia” e “Condizioni Particolari”. Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali I somme assicurate mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su indennizzo per Invalidità Permanente:

1° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 3%

Invalidità Permanente accertata: 7%

Indennizzo da liquidare: 7% (I.P. accertata) - 3% (franchigia) = 4% x € 100.000,00 = € 4.000,00

2° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 3%

Invalidità Permanente accertata: 2%

Indennizzo da liquidare: nessuno, in quanto la franchigia 3% risulta superiore alla I.P. accertata.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea

1° esempio

Indennità giornaliera assicurata per Inabilità Temporanea: € 50,00

Franchigia: 10 giorni

Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 15

Importo da liquidare: 15 giorni (di inabilità accertati)

- 10 giorni (franchigia) = 5 giorni x € 50,00 al giorno =

€ 250,00

2° esempio

Indennità giornaliera assicurata per Inabilità Temporanea: € 50,00

Franchigia: 10 giorni

Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 7

Importo da liquidare: nessuno, in quanto il numero dei

giorni di franchigia è superiore a quello dei giorni di Inabilità Temporanea.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto e del limite della somma assicurata su garanzia Rimborso

Spese Mediche:

1° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche:

€ 5.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 300,00

Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 300,00 - € 40,00 = € 260,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

#### 2° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: 5.000,00 Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 4.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 4.000,00 - € 250,00 = € 3.750,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al massimo non indennizzabile)

#### 3° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 7.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 5.000,00, in quanto l'importo delle spese sostenute detratto lo scoperto previsto (€ 7.000,00 - € 250,00 = € 6.750,00) risulta superiore alla somma assicurata in polizza

Avvertenza: le coperture Infortuni e Malattia sono prestate fino alla scadenza annuale del premio successiva al compimento da parte dell'Assicurato del settantacinquesimo anno di età o del manifestarsi delle gravi affezioni previste dall'articolo 1.11 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione" delle Norme che regolano il contratto in generale, al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

#### 4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: la copertura Indennità per ricovero da Malattia è prestata con i termini di carenza previsti dall'articolo 4.2 "Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia" delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia", al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

#### 5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 1.1

"Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Norme che regolano il contratto in generale per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società presta la garanzia Indennità per ricovero da Malattia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto.

#### 6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio e delle variazioni nella professione. Si rinvia agli articoli 1.5 "Aggravamento del rischio" e 1.6 "Diminuzione del rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale".

Di seguito si illustrano in forma esemplificativa alcune ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modifica del rischio.

#### 1° esempio (Aggravamento del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di "Addetto al call-center" (riconducibile alle "Attività a Bassa Rischiosità") di una ditta di trasporti. Successivamente, nel corso del contratto, ad alcuni degli Assicurati viene richiesto di svolgere anche la mansione di Addetti alla guida di autocarri senza carico e scarico della merce" (riconducibile alle "Attività a Media Rischiosità") presso la stessa ditta. Se il Contraente non comunica alla Società

questa modifica del rischio, in caso di sinistro che colpisca uno degli Assicurati che ha cambiato la propria occupazione professionale, la Società ridurrà l'indennizzo in proporzione al maggiore premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

#### 2° esempio (Diminuzione del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di "Autotrasportatori con carico e scarico" (riconducibile alle "Attività ad Alta Rischiosità"). Successivamente, nel corso del contratto, uno degli Assicurati decide di interrompere la propria attività e di andare in pensione ("Pensionato" riconducibile alle "Attività a Bassa Rischiosità"). In questo caso la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione da parte del Contraente, ad una riduzione del premio in proporzione all'avvenuta diminuzione del rischio.

Omissis

#### 10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice civile).

#### 11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

omissis

### ***C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI***

#### 13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

- Coperture Infortuni

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è il giorno dell'infortunio. Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni dal sinistro o da quando ne hanno avuto la possibilità. Il fatto deve essere denunciato indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia i certificati medici.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

- Copertura Indennità per Ricovero a seguito di Malattia.

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro in caso di indennità per ricovero è considerato il primo giorno di ricovero.

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare alla Società la malattia entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità; la denuncia deve essere sottoscritta dall'Assicurato o, in caso di impedimento per le conseguenze riportate, dai suoi aventi diritto, e deve essere corredata da certificazione medica comprovante le cause e la durata del ricovero.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

In caso di sinistro infortuni o malattia l'Assicurato è tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.



#### 14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: [reclami@unipolsai.it](mailto:reclami@unipolsai.it).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società [www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com) - [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it).

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di setto- re competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;
- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FIN- NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

#### 15. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 2.13 "Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

## **DEFINIZIONI**

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

**Aeromobili:** si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

**Anno:** periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

**Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione:** contratto di assicurazione.

**Atto di Terrorismo:** azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

**Beneficiario:** soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

**Classe di rischio:** insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

**Contraente:** soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

**Convalescenza:** il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio a termini di polizza.

**Corpi speciali:** intendendosi per tali i Corpi Militari e/o delle Forze dell'Ordine che tra le loro mansioni prevedono una o più delle seguenti attività:

- paracadutismo
- attività subacquee in genere
- scalata di rocce o di ghiacciai
- pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili
- speleologia

**Day Hospital:** le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo che non richiedono la necessità di ricovero ma, per loro natura e complessità l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continua.

**Difetto fisico/malformazione:** alterazione/imperfezione/ mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

**Documentazione sanitaria:** gli originali della cartella clinica

e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

**Ebbrezza alcolica:** la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico superiore a 0,8 grammi/litro.

Fascicolo Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'indennizzo, espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo per il rimborso spese.

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.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulolegamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico. Rimangono pertanto esclusi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati.

Inabilità temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato ad attendere all'attività dichiarata in polizza.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

Invalidità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione.

Invalidità Permanente specifica: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.

Istituto di Cura: gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli Istituti di Cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa comprensiva della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Lavoro aereo e attività pericolose di volo: intendendosi per tali le attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Lavoro manuale: personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o (parti) di suoi organi con origine o predi- sposizione prenatale. Ha origine genetica oppure ambienta- le come anomalia dello sviluppo embrionale.

Periodo di assicurazione - Annualità assicurativa:

- in caso di polizza di durata inferiore a trecentosessantacinque giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa;
- in caso di polizza di durata superiore a trecentosessantacinque giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di trecentosessantacinque giorni (trecentosessantasei negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: documento che prova l'esistenza del contratto assi- curativo.

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

Questionario sanitario: il documento che raccoglie le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni, in esso rilasciate, che la Società dà il con- senso alla copertura assicurativa.

Retribuzione: tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Sci alpinismo: la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna - senza l'utilizzo degli impianti di risalita

- caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di sci estremo.

Sci alpino: la pratica dello sci anche con discese fuoripista purché effettuate nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

Sci estremo: la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato - anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Snowboard: attività sportiva che prevede la discesa di una

pista innevata su di una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso; anche se praticata fuoripista - purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

La pratica dello snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.
- Discipline Soft, intendendosi per tali:
  - Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quella orizzontale.
  - Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.
  - Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

Società: l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sport ad alto rischio: intendendosi per tali quelli di seguito indicati: alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali che prevedano combattimenti con contatto fisico, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, rafting, sollevamento pesi, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scialpinismo, sci estremo, discipline soft di snowboard, bob, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, bungeejumping (salto con l'elastico), kite-surf.

Sport aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con:

- aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;
- alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- apparecchi per il Volo ULM (ultraleggeri);
- apparecchi e/o attrezzi per il Volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii). E inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate

alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell'ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione

- in premi o in denaro - è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI. L'infortunio verrà

considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Sport motonautici: intendendosi per tali quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale escluse comunque le gare di Off-shore.

Sport motoristici: intendendosi per tali quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Sono escluse le gare Sprint e Gras-strack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.

Sport professionistici: intendendosi per tali quelli svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

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

Ed. 01/06/2014

## **1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**

omissis

Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

A) Per limite d'età

L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato relativamente a quest'ultimo. L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

B) Per gravi affezioni

Premesso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S. conclamato, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, si conviene che la sopravvenienza di tale malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi per l'Assicurato affetto da tali patologie.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 1.12 -Variazioni nelle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza. Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggiore premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 1.13 - Pattuizione della non rinnovabilità della polizza Quando è pattuita la non rinnovabilità della polizza, questa cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

Art. 1.14 - Oneri fiscali

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

Art. 1.15 - Assicurazioni obbligatorie

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 1.16 - Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, a sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile.

Omissis

Art. 1.18 - Validità territoriale

**L'assicurazione è valida in tutto il mondo.**

Art. 1.19 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 1.20 - Prova



È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

Art. 1.21- Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

## **2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINI- STRI**

Norme comuni a tutte le Sezioni Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

### *Norme relative alla Sezione Infortuni*

Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

omissis

Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 2.5 - Determinazione dell'invalidità permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla "Tabella A" (o alla clausola 3 - "Tabella INAIL" delle Condizioni Particolari - qualora espressamente richiamata).



Nel caso di una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti dalla "Tabella A", si farà riferimento ai criteri di seguito indicati:

- per le minorazioni, anziché le perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella "Tabella A", le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- per le menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso di invalidità permanente non specificata nella "Tabella A", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella "Tabella A" e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto della applicabilità di presidi correttivi.

#### Tabella "A" correlata all'articolo 2.5

##### Perdita anatomica o funzionale di:

|   |                         |
|---|-------------------------|
| • un arto superiore   | 70%                     |
| • una mano o un avambraccio   | 60%                     |
| • un pollice  | 18%                     |
| • un indice   | 14%                     |
| • un medio  | 8%                      |
| • un anulare  | 8%                      |
| • un mignolo  | 12%                     |
| • una falange ungueale del pollice  | 9%                      |
| • una falange di altro dito della mano  | 1/3 del valore del dito |
| • un arto inferiore al di sopra della metà della coscia                               | 70%                     |
| • un arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio  | 60%                     |
| • un arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba | 50%                     |
| • un piede  | 40%                     |
| • ambedue i piedi   | 100%                    |
| • un alluce   | 5%                      |
| • un altro dito del piede   | 1%                      |
| • la falange ungueale dell'alluce   | 2,5%                    |

##### Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

|                     |      |
|---------------------|------|
| • un occhio         | 25%  |
| • ambedue gli occhi | 100% |

##### Perdita anatomica:

|   |     |
|---|-----|
| • di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria | 15% |
| • della milza senza compromissioni significative della crasi ematica    | 8%  |

##### Stenosi nasale assoluta:

|                |     |
|----------------|-----|
| • monolaterale | 4%  |
| • bilaterale   | 10% |

##### Anchilosi:

|  |     |
|--|-----|
| • della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola | 25% |
| • del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera        | 20% |
| • del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera                       | 10% |
| • dell'anca in posizione favorevole  | 35% |
| • del ginocchio in estensione  | 25% |
| • della tibio-tarsica ad angolo retto  | 10% |
| • della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica                            | 15% |

|   |     |
|---|-----|
| Blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano                                     | 7%  |
| Paralisi completa del nervo:  |     |
| • radiale   | 35% |
| • ulnare  | 20% |
| • sciatico popliteo esterno   | 15% |
| Esiti di frattura scomposta di una costa  | 1%  |
| Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo:   |     |
| • di una vertebra cervicale   | 12% |
| • di una vertebra dorsale   | 5%  |
| • della dodicesima dorsale  | 10% |
| • di una vertebra lombare   | 10% |
| Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo | 2%  |
| Esiti di frattura:  |     |
| • del menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile                        | 3%  |
| • del menisco mediale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile                                   | 2%  |
| • di un metamero sacrale  | 3%  |
| • di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente   | 5%  |
| Lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio   | 9%  |
| Esiti di rottura sottocutanea:  |     |
| • del tendine di Achille  | 4%  |
| • di un tendine del bicipite brachiale  | 5%  |
| • di un qualsiasi altro tendine   | 2%  |
| Sordità completa di:  |     |
| • un orecchio   | 10% |
| • ambedue gli orecchi   | 40% |
| Perdita della voce  | 30% |

#### Art. 2.6 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie

La liquidazione per invalidità permanente verrà determinata con le modalità che seguono:

- sulla parte di somma assicurata sino a € 150.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 3%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado pari o superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie sulla parte di somma assicurata fino a € 150.000,00;
- di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

#### Art. 2.7 - Liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo. Per le ernie determinate da sforzo si conviene quanto segue:

- qualora l'ernia non risulti - secondo giudizio medico - operabile, la Società corrisponderà un indennizzo per invalidità permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile - in ogni caso - in misura non superiore al 10% della totale;
- qualora l'ernia risulti - secondo giudizio medico - operabile e la stessa non abbia residuo una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una Indennità giornaliera pari ad 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. Tale Indennità è cumulabile con l'indennità di solo ricovero e/o ricovero e convalescenza - purché prevista in polizza.

Restano comunque fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.6.

#### Art. 2.8 - Anticipo dell'indennizzo

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00.

#### Art. 2.9 - Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera C), la Società corrisponderà la somma assicurata:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività dichiarata in polizza;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere anche in parte all'attività dichiarata in polizza.

L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio e 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 dell'ultimo giorno di inabilità.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivamente certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con l'applicazione della seguente franchigia:

- sette giorni in caso di somma assicurata di importo fino a € 25,00
- dieci giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 25,00 e fino a € 50,00
- quindici giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 50,00

L'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

#### Art. 2.10 - Liquidazione del rimborso spese mediche da infortunio e relativa franchigia

Se l'infortunio ha come conseguenza spese mediche, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera D), la Società rimborserà le stesse all'Assicurato, nel limite del massimale pattuito per ciascun infortunio. Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale, debitamente quietanzate, previa deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 40,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni infortunio che rimane a carico dell'Assicurato.

La Società non applica deduzioni quando l'infortunio comporti:

- a) il ricovero in Istituto di cura;
- b) un Day Hospital di almeno due giorni consecutivi;
- c) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'infortunio, salvo per le protesi dentarie, se indennizzabili, per le quali resta fermo il termine di un anno.

Quando l'Assicurato fruisca di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa, per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese solo per l'eventuale eccedenza fino a concorrenza della somma assicurata e senza applicazione della precitata franchigia.

Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

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 effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

#### Art. 2.11 - Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% della somma indicata in polizza, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) il giorno di entrata e quello di uscita dall'istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

#### Art. 2.12 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

#### Art. 2.13 - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente), possono essere demandate - in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria - con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

#### Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo

Si conviene fra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 5.000.000,00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

omissis

### **3. SEZIONE INFORTUNI**

#### Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga, nei limiti delle somme convenute in polizza nonché alle condizioni che seguono ed in relazione alle prestazioni di cui all'Art. 3.9 (Garanzie prestate) ed alle Condizioni Particolari - se rese operanti, ad indennizzare i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti.

Qualora venga predisposto un testo aggiuntivo che integri o deroghi il presente articolo in modo tale che la descrizione dell'oggetto dell'assicurazione risulti diversa da quanto disciplinato dagli articoli 3.2 e 3.5 della Sezione Infortuni - in quanto delimitata ad un particolare ambito di garanzia - resta inteso che la copertura prestata sarà riferita agli eventi specifici di tale rischio ed in tal caso gli articoli su indicati dovranno intendersi automaticamente non operanti.

#### Art. 3.2 - Eventi garantiti - infortuni da attività professionale

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi:

- nell'esecuzione di lavori inerenti alle attività professionali svolte entro le previsioni di cui alla "classificazione delle attività professionali" di seguito riportata;
- durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

Il premio relativo è determinato, per espressa dichiarazione resa e sottoscritta dall'Assicurato e/o dal Contraente al momento della stipulazione della polizza, in base alla "classe di rischio" in cui rientrano tutte le attività svolte dall'Assicurato stesso.

omissis

#### Art. 3.4 - Attività non rientranti nelle "classi di rischio" ed assicurabili a condizioni speciali

Le persone che svolgono le attività sottoelencate non rientrano nelle previsioni di cui alla "Classificazione delle attività professionali" del precedente Art. 3.3, pertanto possono essere assicurate esclusivamente mediante patto speciale ed a condizioni determinate per ogni singolo caso:

- personale che svolge lavori subacquei;
- personale di bordo di mezzi aerei e marittimi;
- personale specificatamente addetto al collaudo di veicoli in genere;
- personale di circhi equestri ed artisti acrobati;
- personale addetto a giostre e parchi di divertimento;
- personale di giardini zoologici;
- personale addetto all'addestramento di animali;
- **personale delle Forze Armate, del Corpo di Polizia, di Vigilanza e Vigili del Fuoco;**
- personale addetto alla lavorazione, manipolazione, tra- sporto ed uso professionale di prodotti esplosivi e contaminanti;
- personale che accede e/o lavora in miniera;
- personale che lavora in galleria;
- personale addetto allo spurgo di pozzi neri e manutenzione di reti fognarie;
- personale addetto alla pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere;
- personale addetto alla disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- pirotecnici;
- istruttori dei seguenti sport: aerei, free-climbing (arrampicata libera), pugilato, lotta in genere nelle sue varie forme, atletica pesante, rugby, football americano, immersioni subacquee, speleologia, bob, arti marziali, hockey, sci ed idrosci, snow-board, bungee-jumping, kite-surf, paracadutismo, tuffi, scherma, equestri e motoristici;
- atleti iscritti alle rispettive federazioni nazionali che praticano in forma professionistica lo sport;
- guide alpine.

#### Art. 3.5 - Eventi garantiti - infortuni da attività extra- professionale

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale. Sono pertanto indennizzabili, a titolo descrittivo ma non limitativo, gli infortuni subiti:

- nello svolgimento di attività domestiche
- nello svolgimento di lavori di manutenzione, riparazione, abbellimento, miglioramento della propria abitazione abituale o non abituale e del relativo arredamento anche con uso di macchine a motore;
- nello svolgimento di lavori di giardinaggio e di orticoltura effettuati per hobby, anche con uso di macchine a motore da giardino e da orto
- nello svolgimento di hobbies anche con uso di macchine a motore;
- alla guida di imbarcazioni da diporto, motocicli, ciclo- motori, biciclette, autovetture, campers, compresi gli autoveicoli immatricolati al P.R.A. come autocarri purché conservino le caratteristiche di autovetture di serie e purché di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali;
- in qualità di passeggero di tutti i mezzi di locomozione pubblici o privati, terrestri, marittimi, fluviali, lacustri.

Anche se il contratto è stato stipulato esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività extraprofessionale, la garanzia assicurativa vale durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

**Inoltre, se l'attività professionale dichiarata in polizza dall'Assicurato risulti quella appartenente ai Corpi Militari e/o Forze dell'Ordine, sono esclusi dal rischio extra-professionale gli infortuni occorsi durante gli**



**interventi effettuati dall'Assicurato in ottemperanza alle funzioni istituzionali in orario extraprofessionale qualora il medesimo presti servizio presso il Corpo Militare indicato in polizza.**

**Art. 3.6 - Parificazione ad infortunio**

Sono considerati infortuni:

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) la folgorazione;
- g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- h) le lesioni muscolari quali stiramenti e strappi;
- i) le ernie determinate da sforzo, limitatamente ai casi e modalità di prestazione previsti dall'Art. 2.7 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni
- j) la rottura sottocutanea dei tendini limitatamente ai casi previsti dalla Tabella A di cui all'Art. 2.5, con esclusione di quelle riguardanti la cuffia dei rotatori. Tale estensione è valida purché l'Assicurato alla data del sinistro risulti garantito con polizza infortuni della Società da almeno 180 giorni senza soluzione di continuità.
- k) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

**Art. 3.7 - Estensioni**

Sono altresì indennizzabili:

- a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;
- b) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile.

Resta convenuto che per i casi di terremoto ed eruzioni vulcaniche:

- la presente estensione è operante per il solo caso di Morte e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell'indennizzo dovuto a termini di polizza e con il limite di 250.000,00 per ogni persona assicurata;

- nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di 1.500.000,00 per anno assicurativo. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

c) gli infortuni occorsi durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

Questa estensione non comprende gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione e di ottenere la protrazione dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione;

d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, moto- alianti, aerostati, dirigibili.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

e) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici giorni dall'insorgere di tali eventi, se ed in quanto

l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato estero. Qualora le prestazioni garantite siano riferite ad assicurati appartenenti ai Corpi Militari e/o Forze dell'Ordine, la presente estensione di garanzia non è operante nei periodi in cui gli stessi prestino servizio fuori dai confini della Repubblica Italiana.

f) le spese documentate sostenute dall'Assicurato nel caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti conseguenze di carattere estetico, fino ad un importo massimo di € 5.000,00 per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Questa somma viene riconosciuta in eccedenza al massimale della garanzia "Rimborso spese mediche", se operante;

g) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sport elencati all'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica attività sportiva) - paragrafo 1).

#### Art. 3.8 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

a) gli infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;

b) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

c) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aero- mobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;

d) gli infortuni causati da stato di ebbrezza alcolica- dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere, nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti, salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico;

e) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile;

f) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 3.7 (Estensioni) - lettera e);

g) attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;

h) le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività

i) le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;

j) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sport elencati all'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica attività sportiva) - paragrafo 2);

l) gli infarti;

m) gli infortuni causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino

n) gli infortuni occorsi all'Assicurato in servizio durante lo svolgimento di attività previste nella definizione di "Corpi Speciali".

#### **Art. 3.9 - Garanzie prestate**

(operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza le somme assicurate e corrisposto il relativo premio)

##### **A) Morte**

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio.



*A1) Commorienza di coniugi - duplicazione della somma assicurata a favore dei figli minorenni*

La Società liquida una seconda volta ma con il massimo di € 260.000,00 - la somma assicurata per il caso di morte qualora nel medesimo infortunio che provochi la morte dell'Assicurato perisca anche il suo coniuge. Questo indennizzo supplementare viene corrisposto unicamente ai figli di età inferiore ai 18 anni e/o figli maggiorenni portatori di handicap (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa), in parti uguali.

*B) Invalidità permanente*

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente.

La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

*C) Inabilità temporanea*

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una inabilità temporanea.

*D) Rimborso per spese mediche da infortunio*

La garanzia riguarda il rimborso delle spese sostenute in conseguenza di infortunio per:

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) gli onorari per visite di medici generici e/o specialisti, nonché, in caso di intervento chirurgico: dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- c) i medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto nel limite complessivo del 20% della somma assicurata;
- d) le rette di degenza;
- e) l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di trecentosessanta giorni, di carrozzelle ortopediche, o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- f) il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e all'Istituto di cura o ambulatorio entro il 20% della somma assicurata;
- g) accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti all'Art. 2.13 (Arbitrato irrituale);
- h) cure odontoiatriche, paradontopatie e protesi dentarie nel limite complessivo del 10% della somma assicurata e con il massimo di € 1.100,00.
- i) Resta comunque inteso tra le Parti che il rimborso delle spese per le protesi dentarie - se dovuto - sarà comunque effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre un anno dalla data del sinistro.

*E) Indennità per ricovero a seguito di infortunio*

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.

Art. 3.10 - Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive (comprese le relative prove ed allenamenti)

Ai fini dell'operatività della garanzia si conviene quanto segue:

- 1) Sport compresi
  - a) "Sport del tempo libero"
  - b) "Sport agonistici"

Esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la pratica di sport agonistici:

- la garanzia è limitata ai soli casi Morte, Invalidità Permanente e Indennità per solo Ricovero;
- il grado di Invalidità Permanente viene sempre determinato in base alla modalità ed i criteri indicati all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri;
- le condizioni particolari 3 - 36 - 75 della Sezione Condizioni Particolari - se richiamate nella Scheda di polizza - devono intendersi non operanti, e l'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà corrisposto

secondo i criteri indicati all'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Ai fini dell'indennizzo qualora il contratto sottoscritto preveda una franchigia per Invalidità Permanente superiore (in relazione agli scaglioni individuati ed indicati all'Art. 2.6 sopra citato, distintamente considerati), quest'ultima sarà operante in sostituzione di quanto previsto nel presente articolo.

Resta inteso che, se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'Indennità senza deduzione di franchigie sulla parte di somma assicurata fino ad € 150.000,00;
- di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

2) Sport esclusi

- Sport ad alto rischio
- tutti quelli praticati come Sport professionistici;
- Sport motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo gare di regolarità pura;
- Sport aerei.

***Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio (cod. 78)***

A parziale deroga dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), l'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza.