GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin

Assicurazione Infortuni

GLOBAL SISTEMA INFORTUNI

Ed. 2/GSI1

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

1. **DIP DANNI -** Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI -** Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, comprensive di glossario**.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere il set informativo

Global Assistance
Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. a Socio Unico

Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Diaz, 6 – 20123 Milano – Telefono 02.433350.1 – Telefax 02.433350.20
PEC: globalassistancespa@legalmail.it Sito internet: www.globalassistance.it – Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro Imprese di Milano n. 10086540159 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184). Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso l'Ivass al n. 014

Assicurazione Infortuni

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

Compagnia: Global Assistance S.p.A. **Prodotto: Global Sistema Infortuni** – ed. 2/GSI1

Sede legale in Italia, numero iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative e Riassicurative 1.00111

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza individuale che assicura le conseguenze negative derivanti da infortuni avvenuti durante lo svolgimento dell'attività professionale e/o extraprofessionale e le conseguenze derivanti da malattia grave che si concretizzano in una Invalidità Permanente.

Che cosa è assicurato?

L'assicurazione offre le seguenti garanzie acquistabili singolarmente o congiuntamente a seconda dell'opzione di copertura scelta:

Opzione A) "Copertura Standard"
Prevede un pacchetto precostituito di 4 garanzie obbligatorie:

- ✓ **Invalidità Permanente da Infortunio**;
- ✓ **Morte** da Infortunio;
- ✓ **Rimborso Spese Mediche** da Infortunio;
- ✓ **Assistenza** seguito Infortunio.

Opzione B) "Copertura Personalizzata"
Prevede la scelta fra le seguenti garanzie (obbligatorio l'acquisto di almeno una delle garanzia principali):
Garanzie principali:

- ✓ **Invalidità Permanente da Infortunio**
  Supervalutazione degli arti e mani (Estensione facoltativa IPI);
- ✓ **Diaria da Ricovero o immobilizzazione** (per Infortunio);

Garanzie opzionali:

Morte da Infortunio;
Inabilità temporanea al lavoro (seguito Infortunio);
Diaria da Convalescenza (seguito Infortunio);
Rimborso Spese Mediche (da Infortunio);
Assistenza (seguito Infortunio);
Tutela Legale (seguito Infortunio);
Invalidità Permanente da Malattia.

Di seguito i Massimali/ Somme Assicurate selezionabili:

Invalidità Permanente da Infortunio:

- Opzione A): € 50.000 o € 100.000;
- Opzione B): da € 50.000 a € 1.000.000 (acquistabile per multipli, a scelta, di € 50.000);

Diaria da ricovero o immobilizzazione: € 50, 100, 150, 200;
Morte da infortunio:

- Opzione A): € 50.000 o € 100.000;
- Opzione B): da € 50.000 a € 750.000 (o € 1.000.000 in caso di convenzione forense o deroga direzionale).

Inabilità Temporanea al lavoro: € 25, 50, 75, 100, 125;
Rimborso Spese Mediche:

- Opzione A): € 2.500;
- Opzione B): € 2.500, 5.000, 10.000;

Diaria da Convalescenza: € 50, 100, 150;
Tutela Legale: € 10.000;
Assistenza: Standard;
Invalidità Permanente da Malattia: da € 25.000 a € 300.000

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurati:

- × Morte dovuta a malattia, parto e/o aborto;
- × Diaria da ricovero, convalescenza o inabilità a seguito di malattia, parto e/o aborto;
- × Rimborso spese mediche a seguito di malattia, parto e/o aborto.
- × Prestazioni di assistenza alla persona in seguito a malattia, parto e/o aborto;
- × Invalidità permanente da malattia pregressa, parto e/o aborto;
- × Cure e protesi dentarie da malattia
- × Trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di malattia, parto, aborto.

Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri principalmente conseguenti a:

- ! Stato di guerra (per eventi accaduti oltre 14° giorno dall'inizio dell'ostilità), rivoluzioni, insurrezioni, sommosse, saccheggi, atti di sabotaggio, vandalismo, scioperi o serrate;
- ! Manovre e esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ! Ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale ad eccezione di terremoto, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- ! Stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze allucinogene, intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- ! Sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (H.I.V.);
- ! Covid-19 e Pandemie;
- ! Detenzione od impiego di sostanze radioattive, trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
- ! Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- ! Prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- ! Atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato e/o dal beneficiario;
- ! Pratica di sport aerei in genere e partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti o test per la messa a punto dei mezzi;
- ! Uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma.

Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per gli infortuni avvenuti nel mondo intero.
- ✓ In relazione alla garanzia Tutela Legale, la copertura vale:
  - per il risarcimento di danni extracontrattuali derivanti da fatti illeciti di terzi;
  - per i casi assicurativi che insorgono in Europa, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori;
  - per i casi assicurativi che insorgono in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino (e con limitazioni di massimale anche in Europa) per le restanti ipotesi.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare relativamente al tuo Stato di Salute (incluso fornire risposte corrette ed esaustive ai quesiti indicati durante la fase di emissione e/o nel questionario anamnestico qualora ti venga sottoposto dalla Compagnia per assicurarti per il rischio di Invalidità Permanente da malattia), alla tua Attività Professionale (ovvero quella ritenuta a maggior rischio, nei casi in cui tu svolga più di un'attività) e/o qualsiasi altra informazione che influenzi la valutazione del rischio assicurato.
- Qualora tu abbia stipulato altre assicurazioni per il medesimo rischio, in caso di sinistro devi dare avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
- In corso di contratto hai l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta in caso di ogni possibile aggravamento del rischio relativamente al tuo Stato di Salute, alla tua Attività Professionale (ovvero quella ritenuta a maggior rischio, nei casi in cui tu svolga più di un'attività) e /o qualsiasi altra informazione che determini l'eventuale aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro sei tenuto ad avvisare la Compagnia rispettando le tempistiche previste dalla polizza, indicando le tue generalità e riferimenti del contratto oltre a descrivere dettagliatamente l'accaduto.

Quando e come devo pagare?

Il premio di polizza si paga presso l'Intermediario alla stipula del contratto, alla scadenza dell'eventuale frazionamento e al rinnovo (entro 15 giorni dalla data di scadenza della polizza) tramite i seguenti metodi di pagamento (che rientrano nel quadro della normativa vigente): bonifico bancario o postale, assegno bancario, circolare o postale non trasferibile, contanti (fino ai limiti consentiti dalla legge), Carte di Credito e/o Carte di Debito (per importi superiori ad € 30,00).
All'atto della sottoscrizione il Contraente può scegliere di frazionare il pagamento del premio annuale con periodicità semestrale, con l'applicazione di una maggiorazione del 3% sul premio complessivo.
Il premio è sempre determinato per il periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.
Se scelti dal Contraente, la Polizza prevede meccanismi di indicizzazione/adeguamento del Premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia a partire dal giorno indicato in polizza (data di decorrenza) se il premio alla firma è stato pagato, altrimenti decorre dalle ore 24:00 del giorno di pagamento effettivo (fatto salvo il periodo di carenza contrattuale previsto per Invalidità Permanente da Malattia).
Il mancato pagamento del Premio alla firma, decorsi 30 giorni dalla data di emissione, comporta la nullità della Polizza e la Società provvederà all'annullamento della stessa senza effetto.
L'assicurazione termina dopo un anno dalla decorrenza indicata in polizza e si rinnova tacitamente di anno in anno; se il Contraente non paga i premi (o le rate di premio) successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente Premio e torna in vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Come posso disdire la polizza?

Puoi mandare la disdetta della Polizza mediante Raccomandata A./R. all'indirizzo di Global Assistance - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano (o con altri mezzi che ne consentano di comprovarne la data di invio) almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

Assicurazione Infortuni

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

Prodotto: **Global Sistema Infortuni** – Ed. 2/GSI1

Data di redazione del DIP aggiuntivo Danni: 16/10/2026 - ultima versione disponibile

Scopo

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

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

Società

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. Piazza Armando Diaz 6, 20123 Milano; Telefono: +39 024333501; sito internet https://globalassistance.it ; E-mail: global.assistance@globalassistance.it ; PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A., Società a Socio Unico appartenente al gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014), soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l. N iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111
Il patrimonio netto dell'Impresa: € 17,4 milioni al 31/12/2025; importo attribuibile al capitale sociale: € 5 milioni, riserve patrimoniali: € 12,4 milioni. Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link: http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf
L'indice di solvibilità dell'Impresa: 239,06% al 31/12/2025, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (€15,89 milioni) e il requisito patrimoniale di solvibilità (€6,65 milioni).

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Acquisto congiunto di più garanzie
La compresenza di una pluralità di garanzie comporta una riduzione di premio unitario del singolo assicurato:
- se si sceglie di modulare la copertura (opzione "Copertura Personalizzata") si beneficia di uno sconto che prescinde dalle garanzie attivate e si incrementa in base alla loro numerosità (minimo **4**% con 3 garanzie - massimo **12**% con 6 o più garanzie).
- se si sceglie l'opzione di copertura di garanzie a pacchetto (opzione "Copertura Standard") viene applicato uno sconto complessivo del **31**%.

Franchigia (valida esclusivamente per l'opzione "Copertura Personalizzata")
È possibile avere una riduzione del premio selezionando, per la garanzia "Invalidità Permanente (da Infortunio), la franchigia di percentuale maggiore (5%) e scegliendo la formula "per scaglioni di capitali" (descritta in dettaglio nelle Condizioni di assicurazione all'Art. 19.3 Massimali e limitazioni – alla pagina 17).

Ambito della copertura (valida esclusivamente per l'opzione "Copertura Personalizzata")
È possibile la scelta dell'ambito di copertura a "solo professionale" o "solo extra professionale". Ciò riduce il premio complessivo rispetto ad una scelta di copertura "h24" (quindi sia professionale che extra professionale).

Pluralità di soggetti assicurati nel medesimo contratto (valida esclusivamente per l'opzione "Copertura Personalizzata")
È previsto uno sconto sul premio complessivo di polizza in base al numero di assicurati presenti in copertura (da un minimo del **5**%, in caso di due assicurati, fino ad un massimo del **25**%, in caso di 6 o più Assicurati). È possibile assicurare al massimo 10 persone con il medesimo contratto.

Che cosa NON è assicurato?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni si precisa quanto segue
Si intendono esclusi, quindi non assicurabili, gli infortuni derivanti dai seguenti rischi:
- **rischi professionali**
  durante lo svolgimento di un'attività professionale riconducibile o pari alle seguenti categorie: Piloti e Assistenti di volo in servizio attivo / Atleti, Sportivi professionisti (inclusi le guide alpine e gli insegnanti di alpinismo, judo, karate e simili) / Stunt-men, Controfigure, Acrobati/ Forze dell'ordine, Militari, Vigili del fuoco e Vigili urbani/ Artificieri, Addetti alla fabbricazione di esplosivi / Minatori, Cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale / Guardie giurate, notturne, Guardie armate e Portavalori /Guardie del corpo e Buttafuori/

Investigatori privati / Palombari/ Sommozzatori/ Speleologi;
- **qualsiasi sport professionistico;**
- **pratica di sport pericolosi**
  (come, ad esempio, Lotta nelle varie forme, Rugby, Football americano, Sport aerei e/o con veicoli a motore, Scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, Alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, Sci acrobatico);
- **pratica dei cosiddetti "sport estremi"**
  (come ad esempio Bungee jumping, Spedizioni esplorative in genere, Regate oceaniche);
- **speleologia e le immersioni subacquee;**
- **body building/ culturismo.**

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni si precisa quanto segue

Garanzie "Infortuni" (**INVALIDITÀ PERMANENTE, MORTE, DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE, INABILITÀ TEMPORANEA AL LAVORO, RIMBORSO SPESE MEDICHE, DIARIA DA CONVALESCENZA**).
Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:
- dalla guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato;
- dal mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza;
- da guida di natanti a motore per uso professionale;
- interventi di chirurgia plastica volti ad eliminare danni estetici;
- infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di invalidità, malformazioni, stati patologici lesioni preesistenti;
- il rimborso delle spese mediche per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad Infortunio;
- gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato (salvo i danni estetici al volto, previsti nell'estensione della garanzia "Rimborso spese mediche");
- le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- le azioni delittuose;
- gli infarti di ogni tipo ed ernie.

Inoltre, per quanto alle garanzie:
Garanzia **DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE**:
non sono compresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato: Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi"; Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili; Bendaggi elastici adesivi (Tentoplast, etc.); Ortesi in genere (app. di posizione – es.: plantari); Collari Schantz, Camp, simili; Ginocchiere DonJoy e Stecche di Zimmer (salvo quanto specificatamente pattuito all'interno della garanzia);

Garanzia **RIMBORSO SPESE MEDICHE**:
sono escluse le spese di natura alberghiera (in riferimento alle cure termali), le rotture o i danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio e le spese sostenute dall'assicurato per visite medico legali non richieste dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro.

Garanzia **TUTELA LEGALE**
La garanzia non è inoltre valida:
- in materia fiscale ed amministrativa;
- per fatti dolosi delle persone assicurate;
- per controversie contro la Società;
- spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato e il professionista (in assenza di autorizzazione della Società) e/o derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente dalla Società;
- spese legali diverse da quelle previste nel D.lgs. 55/2014;
- spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente dalla Società

La Società non si assume il pagamento di Multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere.

Garanzia **ASSISTENZA**
La garanzia non è valida per le Malattie e per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad Infortunio.

Garanzia **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**
La garanzia non è operante per le conseguenze dovute a:
- infortunio;
- stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipula del contratto, non dichiarati, con dolo o colpa grave durante la fase assuntiva e/o, nel Questionario Anamnestico che è parte integrante della presente Polizza;
- cure dimagranti / dietetiche e interventi di carattere estetico;
- chirurgia plastica / stomatologica /ricostruttiva riferita ad eventi insorti anteriormente alla sottoscrizione del contratto;
- malattie tropicali;
- prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- cure e/o interventi chirurgici per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto sia a contraenti persone fisiche di età pari o superiore ai 18 anni (per assicurare sé stessi e/o soggetti appartenenti al

proprio nucleo familiare) sia a persone giuridiche quali i liberi professionisti o titolari di azienda (per assicurare sé stessi oltre i propri dipendenti, soci, collaboratori) tutti residenti (o con sede) in Italia. Gli assicurati:

- *devono avere un'età massima (alla sottoscrizione ed al rinnovo) di **75** anni (non superiore a **60** anni alla sottoscrizione e **65** al rinnovo per l'assunzione della garanzia Invalidità Permanente da Malattia);*
- *non devono essere portatori di malformazioni gravi e permanenti;*
- *non devono essere affetti da infermità dovute a malattie del sistema nervoso o della psiche (schizofrenia, psicosi, depressione, nevrosi, insufficienza mentale, demenza, Alzheimer, Parkinson, SLA, sclerosi multipla, cerebropatie, paresi, paralisi, epilessia);*
- *non devono essere portatori di invalidità permanente da infortunio con postumi valutati in misura superiore al 50%;*
- *non devono essere affetti da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);*
- *non devono essere affetti da alcoolismo e/o tossicodipendenza.*

Quali costi devo sostenere?

È a carico del Contraente la quota parte del premio imponibile percepita dagli Intermediari (con riferimento all'intero flusso commissionale) a titolo provvigionale, che nel presente contratto è in media pari al 25%.

Diritto di recesso

*In caso di polizza stipulata a distanza per il tramite di un intermediario, Il Contraente, ai sensi dell'art. 59-octies del Codice del Consumo, dispone di un termine **14 giorni** di calendario per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare alcun motivo. Il termine decorre dalla data di conclusione del contratto ovvero, se successiva, dalla data di ricezione della documentazione (pre)contrattuale completa.*

*Tale diritto è esercitabile **purché**, in tale periodo:*

- il Contraente/l'Assicurato non abbia fatto una denuncia di sinistro, contente la richiesta di esecuzione del contratto, e/o nei casi in cui il Contraente/Assicurato non abbia chiesto la liquidazione dell'indennizzo o delle somme assicurate.

Il Contraente potrà esercitare il diritto di recesso:

- *Tramite lettera raccomandata A/R a Global Assistance Spa - Piazza Diaz,6 20123 MILANO*
- *Tramite PEC all'indirizzo globalassistancespa@legalmail.it*
- *Tramite altra modalità resa disponibile dall'intermediario.*

La Compagnia provvederà al rimborso del premio integrale pagato in fase di conclusione del contratto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	*Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@globalassistance.it). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa www.globalassistance.it nella sezione "Reclami".* *Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.*
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'IVASS (Info su: www.ivass.it)*
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):	
Arbitro Assicurativo	*Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.*
Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).*
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.*
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	***Arbitrato:*** *In caso di sinistro, qualora le due Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia tramite arbitrato ossia incaricando a tale scopo, in aggiunta ai propri periti, un terzo perito scelto di comune accordo. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il perito da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo perito.* ***Liti Transfrontaliere:*** *è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Finance)*

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al	***Regime fiscale**:* *Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente* ***Detrazione premi:***

contratto	*in riferimento al presente contratto sono soggetti ad una detrazione d'imposta IRPEF, nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia, i premi delle coperture per rischi morte e invalidità permanente (versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio "Invalidità Permanente da infortunio" superiore al 5%). Per poter usufruire della detrazione, il Contraente deve aver stipulato il contratto nell'interesse proprio o della persona fisicamente a carico.* ***Tassazione prestazione assicurata:*** *Non è prevista alcuna tassazione sulle prestazioni assicurate*

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

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

ESCLUSIVAMENTE PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA, PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

"GLOBAL SISTEMA INFORTUNI"

Ed. 2/GSI1

Data ultimo aggiornamento 10/02/2026

Polizza redatta secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

Sommario

GLOSSARIO 5

CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE 8

Art. 1) – **DECORRENZA DEL CONTRATTO, PAGAMENTO E VARIAZIONE DEL PREMIO** 8

- *1.1* - **Decorrenza** 8
- *1.2* - **Pagamento del premio** 8
- *1.3* - **Revisione del Premio e/o condizioni** 8
- *1.4* – **Adeguamento automatico del Premio** 9

Art. 2) – **DURATA DELL'ASSICURAZIONE** 9

Art. 3) – **DISDETTA/PROROGA DEL CONTRATTO** 9

Art. 4) – **VARIAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO** 9

- *4.1* - **Variazione delle Garanzie/Massimali/ opzioni scelte** 9
- *4.2* - **Variazione Persone assicurate** 9
- *4.3* - **Variazione Attività professionale** 10

Art. 5) – **FORO COMPETENTE** 10

Art. 6) – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE** 10

Art. 7) – **ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA** 10

Art. 8) – **REQUISITI PER L'ASSICURABILITA'** 10

Art. 9) – **DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO / AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO** 11

- *9.1* - ***Dichiarazione relative alle circostanze del rischio*** 11
- *9.2* - ***Aggravamento del rischio*** 11
- *9.3* - ***Diminuzione del rischio*** 11

Art. 10) – ALTRE **ASSICURAZIONI** 11

Art. 11) – **ESTENSIONE TERRITORIALE** 12

Art. 12) – **INDICIZZAZIONE** 12

Art. 13) – **DIRITTO DI RECESSO** 12

- *13.1* - ***Recesso in caso di Sinistro*** 12
- *13.2* - ***Recesso in caso di trasferimento all'estero del Contraente*** 12

Art. 14) – **CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO** 12

Art. 15) – **SOMME ASSICURATE E CUMULI PER EVENTO** 13

COSA È POSSIBILE ASSICURARE 14

Art. 16) –**SEZIONI E GARANZIE** 14

Sezione A – INFORTUNI 15

Art. 17) – **AMBITO DI COPERTURA** 15

Art. 18) – **EVENTI GARANTITI - ESTENSIONI** 15

Garanzia **"INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO"** 17

Art. 19) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 17

- *19.1* – **Estensione inclusiva "ADATTAMENTO DELL'ABITAZIONE A SEGUITO DI GRAVE INVALIDITÀ"** 17
- *19.2* – **Estensione facoltativa "SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI"** 17
- *19.3* – **Massimali e limitazioni** 17

Garanzia "**MORTE DA INFORTUNIO**" 18

Art. 20) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 18

- *20.1* – **Estensione inclusiva "MORTE PRESUNTA"** 18

- 20.2 – **Estensione inclusiva "COMMORIENZA CONIUGI"** 18
- *20.3* – **Massimali e limitazioni** 18

Garanzia "**DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE**" 19

Art. **21**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 19

- *21.1* – ***Massimali* e limitazioni** 19

Garanzia "**DIARIA DA CONVALESCENZA**" 20

Art. **22**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 20

- *22.1* – **Massimali e limitazioni** 20

Garanzia "**INABILITA' TEMPORANEA AL LAVORO**" 20

Art. **23**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 20

- *23.1* – **Massimali e limitazioni** 21

Garanzia "**RIMBORSO SPESE MEDICHE**" 21

Art**. 24**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 21

- *24.1* – **Estensione inclusiva "DANNO ESTETICO"** 21
- *24.2* – **Massimali e limitazioni** 21

Sezione B - TUTELA LEGALE 22

Garanzia "TUTELA LEGALE" 22

Art**. 25**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 22

- *25.1* – **Casi assicurati** 23
- *25.2* – **Insorgenza del caso assicurativo – Operatività** 23
- *25.3* – **Massimali e limitazioni** 23

Garanzia "ASSISTENZA" 24

Art**. 26**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 24

- *26.1* – **Massimali e limitazioni** 26

Garanzia "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA" 26

Art**. 27**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** 26

- *27.1* – **Massimali e limitazioni** 26

COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE 28

Art**. 28**) – **ESCLUSIONI** 28

- *28.1* – **Esclusioni comuni a tutte le sezioni** 28
- *28.2* – **Esclusioni specifiche di sezione** 28
- *28.2.1* – **RISCHI PROFESSIONALI ESCLUSI** 29
- *28.2.2* – **RISCHI SPORTIVI ESCLUSI** 29
- *28.2.3* – **ESCLUSIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE** 29
- 28.2.4 – **ESCLUSIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE** 29

CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO 31

Art**. 29**) – **OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO / DECADENZA E CRITERI DI LIQUIDAZIONE** 31

- **A.1 – Denuncia e obblighi - Sezione A) Infortuni** 31
- **A.2 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE** 32
- **A.2.1 – Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO** 32
- **A.2.2 – Garanzia MORTE DA INFORTUNIO** 35
- **A.2.3 – Garanzia DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE** 35

- **A.2.4 – Garanzia DIARIA DA CONVALESCENZA** 35
- **A.2.5 – Garanzia INABILITÀ TEMPORANEA AL LAVORO** 36
- **A.2.6 – Garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE** 36
- **B – Denuncia e obblighi in caso di sinistro della Sezione B) TUTELA LEGALE** 37
- **B.1 – Gestione del caso assicurativo** 37
- **B.2 – Recupero delle somme** 37
- **C – Denuncia e obblighi in caso di sinistro della Sezione C) ASSISTENZA** 38
- **D – Denuncia e obblighi in caso di sinistro della Sezione D) MALATTIA** 38
- **D.1 - Criteri di valutazione - Accertamento del grado di IP da Malattia (Adozione tabella INAIL)** 39
- **D.2 - Criteri di indennizzabilità - Franchigia** 39
- **D.3 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia** 40
- **D.4 - Valutazione del danno - ricorso all'arbitrato** 41

Allegato 1 - **TABELLA DI CLASSIFICAZIONE - ATTIVITA' PROFESSIONALI** 41

Allegato 2 **- TABELLA DI LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO** 48

Allegato **3** – **TABELLA DI LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA** 50

ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO 51

ESEMPI DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE, SCOPERTI E MASSIMALI 53

GLOSSARIO

Ai termini indicati, utilizzati nelle **Condizioni di Assicurazione**, vengono attribuiti i significati che seguono:

ARBITRATO	È il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra Assicurato ed Assicuratore. In tale caso le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.
ASSICURATO:	Il soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di *Assicurazione*.
ASSICURAZIONE:	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA' PROFESSIONALE:	Per il presente contratto: l'occupazione lavorativa principale o più rischiosa svolta dall'Assicurato.
BENEFICIARIO:	L'Assicurato e, per il solo caso di suo decesso, i suoi eredi legittimi e/o testamentari, se non diversamente designato e risultante da appendice di Polizza.
CARENZA (periodo di):	Periodo che decorre dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le Garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale Sinistro non è indennizzato dalla Società.
CENTRALE OPERATIVA:	La Struttura Organizzativa esterna (operante in conformità alle norme e regolamenti di vigilanza di tempo in tempo vigenti) costituita da Medici, tecnici, operatori messi a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, cui la Società ha affidato incarico per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni previste dalla garanzia "Assistenza"
COLPA GRAVE:	Comportamento involontario da cui deriva un fatto illecito, commesso con negligenza, imprudenza, imperizia, violazione di norme.
COMPAGNIA:	Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.
CONTRAENTE:	Il soggetto che stipula l'Assicurazione e paga il Premio.
CONVALESCENZA:	Il periodo temporale, successivo ad un Ricovero, compreso tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.
COPERTURA ASSICURATIVA:	La/le garanzia/e assicurativa/a, inclusa/e in polizza, prestata/e dalla *Compagnia*.
DANNO ESTETICO:	Alterazioni fisionomiche al viso conseguenti ad un infortunio.
DAY HOSPITAL:	La degenza in Istituto di Cura, senza pernottamento, documentata da Cartella Clinica, non comportante intervento chirurgico. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
DIFETTI FISICI /MALFORMAZIONE:	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo morfologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.
DISDETTA:	Comunicazione che il Contraente deve inviare all'Impresa di assicurazione, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.
DURATA:	Periodo intercorrente tra la data di Decorrenza e la data di Scadenza indicate sul Modulo di Polizza e nei documenti contrattuali di rinnovo successivi.
EDILIZIA AEREA/ACROBATICA:	Tecnica utilizzata per interventi di ristrutturazione/ manutenzione edile in assenza di uso di ponteggi o piattaforme e tramite l'uso di figure professionali esperte in tecniche di ascensione e discesa che derivano direttamente dall'alpinismo e dalla speleologia.
FRANCHIGIA:	Parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato quantificata, in base al tipo di Garanzia a cui è riferita, in percentuale, in giorni o in valore assoluto.
GESSATURA:	L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia.
IMPRESA DI ASSICURAZIONE:	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, ovvero, nel presente prodotto è la Società Global Assistance S.p.A.
INABILITÀ TEMPORANEA:	La temporanea incapacità fisica ad attendere, in tutto od in parte, alle proprie occupazioni.
INDENNIZZO:	La somma dovuta all'assicurato in caso di Sinistro.
INFORTUNIO:	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

INFORTUNIO INDENNIZZABILE	L'evento rientrante nella precedente definizione di *"infortunio"* **non riconducibile a cause o circostanze escluse** dalle presenti condizioni di assicurazione **o non rientranti, per tipologia, nell'ambito di operatività di copertura indicato in polizza** (*come ad esempio: non è coperto un infortunio sul lavoro se è stata attivata la copertura solo in ambito "extra-professionale" e viceversa).*
INTERMEDIARIO:	Soggetto iscritto all'apposito Albo istituito presso l'autorità di Vigilanza IVASS che, a seguito di accordi, intermedia le polizze della Società, su esplicita autorizzazione di quest'ultima.
INVALIDITÀ PERMANENTE:	La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla "Normale Attività Lavorativa" svolta dall'Assicurato.
ISTITUTO DI CURA:	Qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o lungodegenza, le case di riposo o di soggiorno, le case /cliniche aventi prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche e/o di benessere, nonché le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).
MALATTIA:	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortuni, malformazioni e/o difetti fisici.
MALATTIE GRAVI E PERMANENTI:	Malattie, come da descrizione precedente, che comportino una disabilità grave permanente (ad esempio: SLA, Alzheimer, Epilessia, Diabete, ecc).
MASSIMALE/ SOMMA ASSICURATA:	La somma massima, stabilita in Polizza, fino alla cui concorrenza la Società si impegna a prestare la garanzia o a fornire la prestazione.
MODULO DI POLIZZA/ POLIZZA:	Documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'esistenza dell'assicurazione e identifica le figure contrattuali, tra cui gli Assicurati, le Garanzie e i Massimali operanti nonché i dati relativi alla Polizza (Decorrenza, scadenza, Premio).
MORTE E MORTE PRESUNTA:	Si intende la cessazione irreversibile delle funzioni vitali dell'Assicurato.
NUCLEO FAMILIARE:	L'insieme delle persone, risultanti dallo stesso stato di famiglia, legate da vincolo di parentela (o di fatto purché provato e socialmente noto) con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi (inclusi il convivente more uxorio ed i suoi figli).
PARTI:	Il Contraente, gli Assicurati e la Società.
PREMIO:	Rappresenta il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'Assicuratore. Il pagamento del Premio costituisce condizione, di regola, condizione di efficacia della garanzia.
PRESTAZIONE (per la sezione Assistenza):	Assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che Global Assistance S.p.A., tramite la *Centrale Operativa*, deve fornire all'Assicurato nel momento del bisogno.
QUESTIONARIO ANAMNESTICO:	È il documento che l'Assicurato deve compilare, se richiesto dall'Impresa di Assicurazioni, prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie e/o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite servono all'Impresa di Assicurazioni per valutare l'assunzione del rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità. Qualora richiesto e compilato, il Questionario Anamnestico costituisce parte integrante del contratto
RICOVERO:	La degenza dell'*Assicurato* in Istituti di Cura pubblici o privati, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.
RISCHIO:	La probabilità che si verifichi il *Sinistro*.
RIVALSA:	È il diritto che l'Assicuratore ha, in forza dell'art. 1916 del Codice Civile, dopo aver pagato l'Indennizzo all'Assicurato, di sostituirsi a quest'ultimo nel richiedere il risarcimento del danno al terzo che lo ha provocato, al fine di recuperare dal danneggiante la somma liquidata sotto forma di Indennizzo.
SCOPERTO:	La parte di danno, indennizzabile a termini di *Polizza*, espressa in percentuale sull'ammontare del danno stesso che rimane a carico dell'*Assicurato*.
SFORZO:	Esplicazione di forza con prestazione muscolare straordinaria e sproporzionata rispetto alle condizioni fisiche del soggetto con riferimento alla sua età, sesso, abitudini di vita, attività lavorativa, sport praticati.
SINISTRO:	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.
SOCIETÀ:	Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.
SPORT ESTREMI E/O PERICOLOSI:	Si intendono sport estremi, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing); si intendono invece sport pericolosi: sci d'alpinismo (intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista), salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala

	U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore.
SPORT PROFESSIONISTICO:	Tutti gli sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta.

CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA: Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state poste in evidenza e/o indicate con il carattere grafico in grassetto.

Art. 1) – DECORRENZA DEL CONTRATTO, PAGAMENTO E VARIAZIONE DEL PREMIO

1.1 - Decorrenza

Il Contratto di assicurazione si intende perfezionato con la sottoscrizione, in ogni sua parte, del *Modulo di Polizza*, ed il pagamento del premio alla firma.

L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel *Modulo di Polizza*, se il premio alla firma è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento effettivo. Resta in ogni caso fermo il **periodo di carenza**, **o la diversa decorrenza delle singole garanzie**, così come eventualmente indicato negli articoli delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Il mancato pagamento del Premio alla firma, decorsi **30** (trenta) giorni dalla data di emissione comporta la nullità della Polizza e la Società provvederà all'annullamento della stessa senza effetto.

1.2 - Pagamento del premio

Il Premio deve essere pagato presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto oppure direttamente alla Compagnia. I mezzi di pagamento consentiti, salvo accordi specifici con la *Compagnia* (o l'*intermediario*) da valutare di volta in volta sono: bonifico bancario o postale, assegno bancario, circolare o postale non trasferibile, contanti (fino ai limiti consentiti dalla legge), Carte di credito e/o Carte di Debito (per importi superiori ad € 30).

Sono a carico del *Contraente* le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli altri oneri fiscali stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al *Premio*.

Il *Premio* è sempre determinato per il periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale. Il *Contraente* è tenuto a versare il *premio* (o le rate di *premio*) alle scadenze pattuite.

Se il *Contraente* non paga i premi successivi, l'assicurazione **resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno** successivo quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente premio e torna in vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del codice civile.

Se il *Contraente* non paga, **entro 60 giorni** dalla scadenza, una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24:00:

– del giorno in cui si effettua il pagamento per gli infortuni (occorsi successivamente a tale data);
– del **60°** giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per le **malattie.**

Decorsi **6** mesi dalla scadenza della rata arretrata senza che il *Contraente* abbia provveduto al pagamento e la *Società* non abbia agito formalmente per il recupero di quanto dovuto, il contratto è **risoluto di diritto (art. 1901 del Codice Civile)**.

1.3 - Revisione del Premio e/o condizioni

Oltre a quanto previsto nell'ART. 12- INDICIZZAZIONE, la Società, in occasione delle scadenze annuali di *Polizza* e a valere per le annualità successive, si riserva la facoltà di modificare il *Premio* e/o di apportare variazioni alle *Condizioni di Assicurazione*, mettendo a disposizione del *Contraente* stesso, almeno **60** giorni prima della scadenza convenuta, anche tramite l'*Intermediario*, le nuove condizioni di *Premio* e/o le eventuali modifiche contrattuali.

Il Contraente, qualora non intenda accettare il nuovo *Premio* e/o le nuove condizioni comunicategli, potrà recedere dal contratto, dando **disdetta** entro il giorno di scadenza contrattuale di *Polizza*. Qualora il *Contraente* non comunichi Disdetta entro il giorno di scadenza contrattuale di Polizza e non provveda al pagamento del nuovo *Premio*, *l'Assicurazione*, a parziale deroga di quanto previsto al paragrafo precedente, cesserà automaticamente ogni suo effetto dalle ore 24:00 del **15°** giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto

si intenderà risolto senza alcuna formalità. Il pagamento, da parte del *Contraente*, del nuovo *Premio* comporterà l'automatica accettazione delle suddette variazioni contrattuali

- *1.4* – **Adeguamento automatico del Premio**

Non costituisce modifica del *Premio* con diritto a quanto indicato al paragrafo precedente, da parte del *Contraente*, l'adeguamento del *Premio* annuale a seguito di:

- ✓ Aggiornamento dei premi relativi alla Garanzia "Invalidità Permanente da Malattia", in base all'età raggiunta, alle date di rinnovo e ai singoli Assicurati inclusi in polizza per i quali tale Garanzia è operante. L'Aggiornamento del *Premio* di tale garanzia si ottiene applicando al *premio* imponibile in corso i seguenti coefficienti, differenziati per fasce di età:

ANNI COMPIUTI:	**fino a:**	**da / a:**					
ETÀ AL RINNOVO:	**30**	**31 / 35**	**36 / 40**	**41 / 45**	**46 / 50**	**51 / 55**	**56 / 60**
Coefficiente di incremento premio:	0,80	0,96	1,44	2,00	2,64	3,20	4,00

- ✓ Minor sconto applicato in base alla numerosità dei soggetti Assicurati qualora nell'annualità successiva il numero degli stessi diminuisca per sopraggiunti limiti massimi di età assicurabile (Art. 8);
- ✓ Il venir meno di alcuni sconti tecnici, applicati al Premio unitario per effetto dell'acquisto congiunto di determinate Garanzie, a seguito del mancato rinnovo, a termini di polizza di una o più di esse.

Art. 2) – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del contratto è indicata nel *Modulo di polizza*. Il periodo di assicurazione si intende convenzionalmente pari alla durata di un anno, salvo eventuali risoluzioni anticipate del contratto.

Art. 3) – DISDETTA/PROROGA DEL CONTRATTO

In assenza di Disdetta, da inviarsi mediante raccomandata A./R. o altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio, esercitata dalle Parti almeno **30** giorni prima della scadenza contrattuale (o entro il giorno di scadenza contrattuale, qualora il Contraente non intenda accettare l'eventuale nuovo *Premio* e/o le nuove condizioni comunicategli dalla *Società* ai sensi del precedente Art. 1, paragrafo 1.3), il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno e così successivamente fino a quanto l'Assicurato più giovane inserito in polizza, non raggiunga l'età limite ai fini dell'assicurabilità, come indicato al successivo Art. 8.

Art. 4) – VARIAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

Tutte le variazioni in corso di contratto devono essere comunicate per iscritto alla Società, anche per il tramite dell'Intermediario.

- *4.1* - **Variazione delle Garanzie/Massimali/ opzioni scelte**

Oltre a quanto previsto nell'ART. 12- INDICIZZAZIONE, il Contraente, in occasione di ogni rinnovo annuale del contratto, ha la facoltà di richiedere alla Società, anche tramite l'Intermediario, la variazione delle Garanzie e/o le Opzioni di copertura e/o di Franchigia e/o dei Massimali di polizza prescelti con altre soluzioni eventualmente previste dal presente contratto.

In tal caso la Società si riserva di accettare la suddetta richiesta di variazione, determinando il nuovo premio dovuto. Il perfezionamento della variazione richiesta con l'indicazione del nuovo premio dovuto dovrà risultare da apposito documento contrattuale che verrà emesso dalla Società entro i termini di decorrenza del nuovo periodo annuale di durata del contratto, a valere per il rinnovo. Per consentire alla Società la suddetta valutazione, l'eventuale richiesta di variazione da parte del Contraente dovrà pervenire almeno **30** giorni prima di ogni scadenza annuale del contratto mediante lettera raccomandata A/R (o di altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio).

- *4.2* - **Variazione Persone assicurate**

Premesso che con il medesimo contratto possono essere assicurati i soli componenti, di uno stesso Nucleo Familiare, fino al limite massimo di **10** persone per contratto, nel caso in cui la variazione sia riferita alla richiesta di esclusione o inclusione di nuovi soggetti Assicurati, la stessa sarà accolta dalla Società previa verifica, nel caso specifico di nuova inclusione, dei requisiti di assicurabilità (come da Art. 8 che segue).

Le variazioni, in questo caso, avranno **effetto**:

- dalla data di emissione e perfezionamento del nuovo documento contrattuale emesso appositamente dalla Società, fermi i termini di pagamento dell'eventuale conguaglio del premio ed i termini di carenza eventualmente previsti dalle singole garanzie per i nuovi soggetti inclusi.

- dalla prima scadenza contrattuale, per i soggetti esclusi. In questo caso la Società provvederà all'aggiornamento del premio previsto per il rinnovo annuale, in base agli assicurati rimasti in copertura nel contratto.

4.3 - Variazione Attività professionale

Le variazioni di rischio, legate al cambiamento delle attività/Settore lavorativo dell'Assicurato rispetto a quanto dichiarato in Polizza, **devono essere comunicate dall'Assicurato** ai sensi del successivo Art. 9 e possono comportare, laddove accettate dalla Società, una **maggiorazione** o riduzione del premio pagato in funzione della **Classe di rischio** di appartenenza della nuova attività svolta.

Nei casi in cui la Società ritenesse la nuova attività professionale svolta **non assicurabile per il tipo di Garanzia e/o ambito di copertura in corso** ovvero in base ai criteri assuntivi dalla stessa pattuiti per il presente contratto, **o rientri tra quelle espressamente escluse** a termini di polizza, per le quali si rimanda alla sezione "COSA NON E' POSSIBILE ASSICURARE" delle presenti condizioni di assicurazione, **la polizza riferita a tale Assicurato cessa** con contestuale restituzione del pro-rata del premio imponibile non goduto.

Art. 5) – FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del *Contratto* è esclusivamente competente il Foro di *Residenza* o domicilio elettivo del *Contraente (o dell'Assicurato,* se diverso dal *Contraente)*, ovvero il Foro di Milano qualora il *Contraente - Assicurato* risulti essere un soggetto giuridico titolare di partita Iva.

Art. 6) – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

I rapporti contrattuali sono regolati esclusivamente dalla presente *Polizza*, dalle sue eventuali appendici e, per quanto non precisato in esse, dalle norme della legge italiana.

Art. 7) – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

I diritti derivanti dalla *Polizza*, invece, spettano all'*Assicurato* e il *Contraente* non potrà farli valere se non con l'espresso consenso dell'*Assicurato*.

Art. 8) – REQUISITI PER L'ASSICURABILITA'

Sono assicurabili le persone fisiche che possiedano i seguenti requisiti:

- **In riferimento alla residenza**:
  siano residenti in **Italia** e mantengano questo requisito per tutta la durata del contratto. Il trasferimento all'estero dell'assicurato comporta la risoluzione per quest'ultimo della copertura con effetto dalla prima scadenza annuale successiva al trasferimento. Il contratto prosegue per gli eventuali altri assicurati presenti nel contratto.

- **In riferimento all'età**:
  non abbiano età superiore a **75 anni** alla sottoscrizione ed al rinnovo. Al superamento, durante la copertura, di tale limite di età, l'assicurazione conserva la sua efficacia fino alla sua scadenza annuale dopodiché **cessa** in riferimento all'Assicurato interessato rimanendo attiva per gli altri eventuali Assicurati più giovani, se presenti nel medesimo contratto.
  Limitatamente alla Garanzia Invalidità Permanente da Malattia il limite massimo assuntivo e di rinnovo è ridotto; in particolare la garanzia potrà essere acquistata entro i **60 anni** di età e rinnovata non oltre il **65° anno** di età. Al superamento di tale limite la copertura, riferita alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia dell'Assicurato interessato, conserva la sua efficacia fino alla sua scadenza annuale dopodiché **cessa**, pur rimanendo attiva la polizza per le altre Garanzie.

- **In riferimento alla professione**:
  svolgano un'attività rientrante nelle categorie indicate alla tabella riportata nell'**allegato 1** delle presenti Condizioni di Assicurazione purché non riferita alle categorie professionali classificate come "N.A." ovvero **non assicurabili** (a supporto vedasi capitolo "COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE").

- **In riferimento allo stato di salute**:
  a) non siano portatori di malformazioni gravi e permanenti;
  b) non siano affetti da infermità dovute a malattie del sistema nervoso o della psiche (schizofrenia, psicosi, depressione, nevrosi, insufficienza mentale, demenza, Alzheimer, Parkinson, SLA, sclerosi multipla, cerebropatie, paresi, paralisi, epilessia);

c) non siano portatori di invalidità permanente da infortunio con postumi valutati in misura superiore al **50%**;
d) non siano affetti da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
e) non siano affetti da alcoolismo e/o tossicodipendenza.

Resta precisato che, in riferimento ai punti "d" ed "e", al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa, **per il solo Assicurato affetto da tali condizioni, cessa contestualmente** – indipendentemente dalla concreta valutazione del suo stato di salute – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere un eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione nel corso dell'annualità assicurativa, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la quota parte di premio non goduta, al netto delle imposte già pagate, relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso. L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi non costituisce manifestazione di volontà della Società di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati. In presenza di più Assicurati la cessazione del contratto ed il relativo rimborso della quota di premio non goduto è riferita al solo soggetto coinvolto.

- **In riferimento al pregresso "status" assicurativo**:
  sono assicurabili le persone fisiche che non abbiano avuto precedenti polizze infortuni annullate, per iniziativa dell'Impresa di assicurazioni, prima della loro naturale scadenza.

- **In riferimento all'acquisto della garanzia Invalidità permanente da malattia**:
  sono assicurabili le persone fisiche che siano state valutate idonee dalla *Compagnia* in base alla valutazione delle risposte ai quesiti loro posti in fase di emissione del contratto, atte a stabilire il loro stato di salute e/o riportate nel *Questionario Anamnestico*, a firma dell'*Assicurato* (o da chi ne fa le veci, in caso di minore).

Le dichiarazioni rese in fase di emissione del contratto rilasciate dall'assicurato e/o, in ogni caso, riportate nel Questionario Anamnestico, valutato dalla Compagnia, costituiscono parte integrante del contratto di polizza, pertanto, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applicherà quanto disposto all'Art. 9 nonché agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. **È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico.**

Art. 9) – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO / AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Tutte le variazioni in corso di contratto devono essere comunicate per iscritto alla Società, anche per il tramite dell'Intermediario.

9.1 - *Dichiarazione relative alle circostanze del rischio*

La Società presta il proprio consenso all'Assicurazione e determina il Premio dovuto unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato in fase di sottoscrizione, anche mediante eventuale compilazione del Questionario Anamnestico, relative principalmente lo stato di salute dell'Assicurato stesso (vedasi Art. 8) e la sua occupazione/Attività Professionale (ovvero quella ritenuta a maggior rischio, nei casi in cui svolga più di un'attività).

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'*Assicurato* relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. **È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico**.

9.2 - *Aggravamento del rischio*

Il *Contraente* e/o l'*Assicurato* devono dare immediata comunicazione scritta alla *Società* di ogni aggravamento del rischio e, in ogni caso, del cambiamento dell'Attività Professionale dell'Assicurato rispetto a quella originariamente dichiarata.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

In particolare, in riferimento al cambiamento dell'Attività Professionale, la perdita sarà parziale nel caso in cui la Società, se avesse conosciuto il nuovo stato delle cose, avrebbe dato il suo consenso alla prosecuzione del contratto a condizioni differenti; la perdita sarà totale nel caso in cui la *Società* non avrebbe assunto il rischio.

9.3 - *Diminuzione del rischio*

Nel caso di diminuzione del rischio la *Società* è tenuta a ridurre il *Premio* e le rate successive alla comunicazione del *Contraente* e/o dell'*Assicurato* ai sensi dell'art.1897 del Codice Civile: in tale caso la *Società* rinuncia al diritto di recesso.

Art. 10) – ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* è esonerato dalla preventiva comunicazione alla *Compagnia* dell'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi e Assicurati ai quali si riferisce la Polizza. Tuttavia, in caso di Sinistro, il *Contraente* deve darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo, può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.

Si conviene che laddove coesistano, in capo allo stesso Assicurato, più polizze infortuni per il medesimo rischio stipulate con la Compagnia, la **liquidazione individuale non potrà superare l'importo cumulativo massimo di € 1.000.000** (per il caso Morte e Invalidità permanente Totale). Sarà cura della Compagnia provvedere al rimborso al *Contraente* del pro-rata dei premi di tali polizze in proporzione alla singola somma assicurata ed all'importo eventualmente non liquidato.

Art. 11) – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale per i sinistri avvenuti nel mondo intero, salvo se e quanto diversamente indicato nelle singole garanzie.

Art. 12) – INDICIZZAZIONE

Se l'"Indicizzazione" è espressamente scelta dal Contraente e richiamata sul Modulo di Polizza, la Compagnia procede in occasione di ogni scadenza annuale della Polizza stessa, all'adeguamento dei valori in base all'indice FOI – Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati (senza tabacchi) pubblicato dall'ISTAT- Istituto Nazionale di Statistica.
L'indicizzazione si applica a:

- premi;
- somme assicurate;
- eventuali limiti di Indennizzo se espressi in cifra assoluta.

Il calcolo della variazione è effettuato nel modo che segue:
- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza annuale della Polizza si considera l'indice FOI del mese di giugno dell'anno solare precedente a quello della scadenza;
- si effettua il confronto tra i due indici;
- se la differenza è positiva si avrà una variazione in aumento, se negativa si avrà una variazione in diminuzione, se non c'è differenza non ci sarà alcuna variazione.

L'indicizzazione non verrà applicata alla garanzia Assistenza.

Art. 13) – DIRITTO DI RECESSO

13.1 - Recesso in caso di Sinistro

In caso di *Sinistro*, purché non riferito alla Garanzia Invalidità Permanente da Malattia, le Parti possono recedere dal contratto entro **60** (sessanta) giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'*Indennizzo*.

Il recesso esercitato dal *Contraente* ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato dalla Società deve essere comunicato all'altra Parte con lettera raccomandata A./R. (o con altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio) e ha efficacia dopo **30** (trenta) giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa.

La *Società* rimborsa al Contraente entro il **15°** (quindicesimo) giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la parte di premio imponibile versata e non goduta.

13.2 - Recesso in caso di trasferimento all'estero del Contraente

La Polizza è valida esclusivamente per *Contraenti* **residenti/con sede in Italia**. Il trasferimento di residenza all'estero di tali soggetti costituisce causa di **immediata risoluzione del Contratto** da parte della Società. La Società in tal caso provvede al rimborso della quota parte di Premio imponibile relativo al periodo di polizza non goduto.

Art. 14) – CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Premesso che, con il presente prodotto, è possibile personalizzare, per ogni Assicurato incluso nella medesima polizza, la copertura assicurativa, il *premio* unitario è frutto della **risultanza delle scelte effettuate** (fra queste: la combinazione delle Garanzie, offerte in base all'attività lavorativa svolta dall'Assicurato stesso, i Massimali/Somme assicurate, l'ambito di copertura, quest'ultima offerta in funzione dell'Attività/Settore dichiarati alla sottoscrizione, l'opzione di Franchigia della Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio) e dalla variabile dovuta alla **Classe di Rischio** a cui è ricondotta l'attività svolta dall'Assicurato.

Esclusivamente per la Garanzia Invalidità Permanente da Malattia, il Premio unitario viene imputato in base all'età anagrafica dell'Assicurato risultante alla sottoscrizione e si incrementa in base all'età raggiunta ai rinnovi secondo la tariffa in vigore (vedasi "coefficiente di incremento premio" di cui alla tabella del precedente Art. 1, paragrafo 1.4).

Sconto per "CUMULO" DI GARANZIE

La compresenza di una pluralità di garanzie comporta una riduzione di premio unitario del singolo assicurato.

Se si sceglie di modulare la copertura (opzione "**copertura personalizzata**") si beneficia di uno sconto che prescinde dalle garanzie attivate e si incrementa in base alla loro numerosità (minimo 4% con 3 garanzie - massimo 12% con 6 o più garanzie).

Se si sceglie l'opzione di copertura di garanzie a pacchetto (opzione "**copertura standard**") viene applicato uno sconto complessivo del 31%.

Sconto per "PLURALITÀ DI SOGGETTI ASSICURATI

Il premio complessivo di polizza, determinato quale somma dei *premi* unitari relativi ai singoli assicurati presenti nel medesimo contratto, nell'opzione "**copertura personalizzata**" è soggetto ad uno sconto sensibile alla numerosità degli assicurati: da un minimo del 5% con 2 assicurati - massimo 25% con 6 o più assicurati.

Art. 15) – SOMME ASSICURATE E CUMULI PER EVENTO

Le Somme assicurate, sono indicate in *Polizza* in corrispondenza di ogni Garanzia.

L'indennizzo massimo della Società per il medesimo *rischio*/*Assicurato*, **in alcun caso** (ivi compresa la contemporanea esistenza di diverse assicurazioni stipulate con la Società stessa) **potrà superare** l'importo complessivo individuale di € **1.000.000,00**.

In caso di evento garantito che colpisca una pluralità di persone assicurate con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima a favore di tutte le persone coinvolte ed assicurate **non potrà in alcun caso superare** la somma di € **5.000.000,00**. Di conseguenza, qualora gli indennizzi complessivamente dovuti dalla *Società* alle diverse persone assicurate eccedano il limite sopraindicato, l'indennizzo spettante a ciascun Assicurato **sarà ridotto** in proporzione alle singole somme da ciascuno assicurate e la *Società* restituirà ad ognuno il premio in proporzione alla somma non liquidata.

COSA È POSSIBILE ASSICURARE

Art. **16**) –**SEZIONI E GARANZIE**

L'offerta assicurativa si compone di Garanzie che possono essere acquistate secondo le due OPZIONI/ modalità che seguono:

OPZIONE	GARANZIE		MODALITÀ DI ACQUISTO
"Copertura Standard"	Pacchetto di Garanzie:	• **Invalidità Permanente da Infortunio** (IPI) • **Morte da Infortunio** (MI) • **Rimborso Spese Mediche** • **Assistenza**	Acquisto congiunto
"Copertura Personalizzata"	Garanzie principali:	• **Invalidità Permanente da Infortunio** (IPI)	Attivabile anche singolarmente
		• **Diaria da Ricovero o Immobilizzazione** (DR)	Attivabile anche singolarmente
		• **Morte da Infortunio** (MI)	Attivabile liberamente purché presente almeno la "garanzia principale" **IPI**
	Garanzie opzionali:	• **Inabilità Temporanea al lavoro**	Attivabile liberamente purché presenti almeno entrambe le garanzie **IPI** e **MI**. Questa garanzia **non può essere sottoscritta** da soggetti con reddito da lavoro dipendente, Studenti, Pensionati, Casalinghe, Benestanti e Disoccupati/Nullafacenti.
		• **Diaria da Convalescenza** • **Rimborso Spese Mediche** • **Assistenza** • **Tutela Legale** • **Invalidità Permanente da Malattia**	Attivabili liberamente purché presente almeno una delle "garanzie principali" **IPI** o **DR**

Negli articoli che seguono vengono dettagliati i contenuti delle Garanzie, all'interno delle rispettive Sezioni.

In particolare:

Sezione A) INFORTUNI, include le seguenti Garanzie:

- Invalidità Permanente da Infortunio (IPI)
- Morte da Infortunio (MI)
- Diaria da Ricovero o Immobilizzazione (DR)
- Diaria da Convalescenza
- Inabilità Temporanea al lavoro
- Rimborso Spese Mediche

Sezione B) TUTELA LEGALE, include la garanzia Tutela Legale

Sezione C) ASSISTENZA, include la garanzia Assistenza

Sezione D) MALATTIA, include la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Sezione A – INFORTUNI

Le "**Garanzie**" e le correlate "**Estensioni Facoltative**" previste dalla presente sezione sono **operanti se** espressamente indicate come "**comprese**" nel *Modulo di Polizza*.

Art. 17) – AMBITO DI COPERTURA

Premesso che per ogni soggetto Assicurato viene identificata nel Modulo di polizza il tipo di occupazione e/o Attività Professionale svolta (e il dettaglio del relativo Settore), e che ad ognuna di queste corrisponde una Classe di rischio (come indicato nella specifica Tabella di Classificazione delle attività Professionali", del presente contratto), l'ambito di operatività di copertura (distinta tra "Professionale", "Extraprofessionale", "Professionale ed Extra-Professionale") è attribuita in funzione del singolo rischio secondo i criteri che seguono:

- Rischio "**Professionale**":
  L'assicurazione vale per gli infortuni che l'*Assicurato* subisca durante lo svolgimento dell'Attività Professionale dichiarata in *Polizza*. Questo tipo di copertura **non è sottoscrivibile** da coloro che **svolgono un'attività professionale tra quelle esplicitamente escluse** (vedasi capitolo "COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE") e da coloro che, non svolgendo una specifica professione, **appartengono alle seguenti categorie: studenti, pensionati, casalinghe/i, benestanti, nullafacenti, disoccupati**;

- Rischio "**Extra-professionale**":
  L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che egli compia senza carattere di professionalità durante il tempo libero e/o la pratica di sport ricreativi, tranne quanto esplicitamente escluso (vedasi capitolo "COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE"). In particolare, questo tipo di copertura **è riservata esclusivamente a coloro che svolgono un'attività da Lavoro dipendente**;

- Rischio "**Professionale ed Extra-Professionale**":
  Questa copertura include le due forme precedenti ed è sottoscrivibile da tutti, **ad eccezione di coloro che svolgono un'attività professionale tra quelle esplicitamente escluse** (vedasi capitolo "COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE").

Art. 18) – EVENTI GARANTITI - ESTENSIONI

Nell'ambito di operatività di copertura indicata nel *Modulo di polizza*, sono compresi in garanzia tutti gli infortuni, non derivanti da eventi esplicitamente esclusi (vedasi capitolo "COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE"), avvenuti nel periodo di validità della Polizza, aventi le caratteristiche rientranti nella definizione di Infortunio.

Sono considerati Infortuni compresi nell'assicurazione anche:

a) **asfissia** (non di origine morbosa) involontaria per subitanea e violenta fuga di gas e vapori;
b) **avvelenamenti** acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazioni accidentali di sostanze tossiche;
c) **annegamento**;
d) **assideramento o congelamento**;
e) **colpi di sole o di calore**;
f) **folgorazione**;
g) **le affezioni conseguenti a morsi di animali o punture di insetti o aracnidi,** esclusa la malaria, le malattie tropicali e le conseguenze delle punture di zecca.

Sono inoltre ricompresi in copertura i seguenti infortuni:

h) **derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi** dell'Assicurato, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile;
i) **causati da tumulti popolari, aggressioni e atti di terrorismo**, a parziale deroga di quanto escluso all'Art. 28, punto "a" del paragrafo 28.1, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
j) **derivanti da stato di guerra** (dichiarata o non dichiarata), a parziale deroga di quanto escluso all'Art. 28, punto "a" del paragrafo 28.1, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. La presente estensione non opera per coloro che svolgono servizio militare;
k) **derivanti da calamità naturali:** a parziale deroga di quanto escluso all'Art. 28, punto "c" del paragrafo 28.1, l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
l) **infortuni di volo**: ovvero gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi esercitati da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), a condizione che non siano esercitati 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 di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso.

m) **infortuni con esiti di rottura traumatica sottocutanea** del tendine di Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine dell'estensore del pollice e del tendine del quadricipite femorale, per i quali la Società corrisponde forfettariamente, qualora in polizza sia compresa la garanzia Invalidità Permanente per Infortunio, una indennità pari al **5**% della somma assicurata senza applicazione della franchigia prevista in polizza e per un importo massimo di € **30.000,00.**
Si precisa che:
- ✓ per tali lesioni non verranno corrisposti altri indennizzi per le altre garanzie eventualmente previste in polizza, con esclusione della Garanzia Assistenza;
- ✓ 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;

n) **lesioni da sforzo**, con **esclusione degli infarti e delle ernie salvo**, per queste ultime, quanto segue: sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di Invalidità Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea al lavoro da Infortunio, se previste dal contratto. In riferimento alla Garanzia di Inabilità Temporanea dal lavoro, se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità fino a un massimo di **15** giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene corrisposta un'indennità non superiore al **10**% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio;

o) **infortuni derivanti dalla pratica di sport**, fermo quanto già esplicitamente escluso (vedi Art. 28, paragrafo 28.2.2) e fatto salvo quanto segue:

❖ **RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA (SENZA ALCUNA LIMITAZIONE)**

L'assicurazione vale per gli sport non professionistici di seguito indicati:

1) **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.

2) **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, nuoto, pesca non subacquea, podismo, scherma, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela.

❖ **RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA (CON LIMITAZIONE)**

L'assicurazione vale per gli sport non professionistici di seguito indicati, per i quali tuttavia 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 **€ 350.000,00**, qualora la somma assicurata scelta dovesse eccedere tale importo:

3) **Sport agonistici in genere**:
la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque altro sport, diverso da quelli definiti a "basso rischio" nel precedente punto 2, che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;

4) **Alpinismo su roccia e accesso ai ghiacciai oltre il 3° grado della scala U.I.A.A.**
(Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), purché con accompagnamento di Guida professionista, Istruttore Nazionale di Club Alpini, Istruttore di scuole di alpinismo o di sci alpino riconosciute da Club Alpini Nazionali, e con esclusione comunque del free climbing;

5) **Speleologia, non a carattere professionale**,
purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;

6) **Immersioni subacquee con uso di autorespiratore**:
sono 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.

Garanzia **"INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO"**

Art. 19) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Qualora l'*infortunio indennizzabile* a termini di polizza abbia per conseguenza diretta un'Invalidità permanente totale o parziale e questa si verifichi, anche successivamente alla scadenza di polizza, entro **2 (due) anni** dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, la *Società* corrisponderà all'*Assicurato* un indennizzo calcolato in funzione della **somma assicurata** indicata nel Modulo di Polizza, e della relativa **Franchigia** operante.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" e "COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE" delle presenti condizioni di assicurazione.

- *19.1* – **Estensione inclusiva "ADATTAMENTO DELL'ABITAZIONE A SEGUITO DI GRAVE INVALIDITÀ"**

(SEMPRE OPERANTE)

La Società, in aggiunta all'indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio, prevede la liquidazione di un indennizzo a forfait a fronte di giustificativi e presentazione di progetti.

Questa estensione opera qualora, a seguito di un *infortunio indennizzabile* a termini di polizza da cui residui all'*Assicurato* una Invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla propria abitazione di residenza che gli consentano di continuare ad abitarla (come, ad esempio, installazione rampe di accesso, allargamento porte, adeguamento bagno etc). Nel caso in cui l'*Assicurato* debba andare a risiedere stabilmente presso altra abitazione privata diversa dalla propria, tali interventi, se resi necessari, potranno essere realizzati, nei limiti di cui sopra, presso tale abitazione purché il trasferimento di domicilio sia documentabile dall'*Assicurato*.

- *19.2* – **Estensione facoltativa "SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI"**

(OPERANTE PURCHÉ INDICATA COME "COMPRESA" NEL MODULO DI POLIZZA)

Qualora l'infortunio sia riferito agli arti superiori e/o alle mani e venga accertata una Invalidità permanente totale o parziale, all'importo liquidabile verrà applicata una maggiorazione del 30% purché l'indennizzo complessivo non superi il 100% della somma assicurata.

- *19.3* – **Massimali e limitazioni**

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	
MASSIMALI	I capitali di seguito indicati, si intendono annuali e per singolo assicurato: ▪ Opzione "Copertura Standard": a scelta fra € **50.000** o € **100.000.** ▪ Opzione "Copertura Personalizzata": massimali liberamente selezionabili per multipli di € **50.000** e fino ad € **750.000**. La somma assicurata pari ad € **1.000.000** è acquistabile esclusivamente tramite attivazione della "convenzione forense" o come Rischio Direzionale. Per Assicurati di età inferiore a 14 anni: capitale massimo assumibile **€ 100.000.**
LIMITAZIONI	L'estensione inclusiva "Adattamento dell'abitazione a seguito di grave invalidità" viene indennizzata fino al limite massimo di € **5.000** (da intendersi per evento e per anno assicurativo).
FRANCHIGIE	▪ Opzione "Copertura Standard": opera con la franchigia del **5**%, nella formula "**Assoluta per scaglioni di capitale**"; ▪ Opzione "Copertura Personalizzata: consente di scegliere la percentuale di franchigia (fra **3%** e **5%**) e il tipo di formula di operatività della stessa fra "**Relativa assorbibile**" e "**Assoluta per scaglioni di capitale**". In particolare: **1) franchigia "RELATIVA ASSORBIBILE"** dove: • **fino** al **15**% di "IP" accertata: **si deducono i punti di percentuale di franchigia** indicata in polizza; • **oltre** il **15**% di "IP" accertata e fino al **64**%: la franchigia non viene più dedotta; • **oltre** e **pari** al **65**%: si indennizza il **100%** della somma assicurata. **2) franchigia "ASSOLUTA, PER SCAGLIONI DI CAPITALE"**

<table>
<tr><td></td><td>dove, si applicano le franchigie previste, diversificate per successivi scaglioni di capitale (come da schema che segue), fino all'"IP" accertata del 64% superata la quale, a partire dal 65%, si indennizza il 100% della somma assicurata.

Gli scaglioni di capitali previsti (e relative franchigie applicate), sono i seguenti:

<table>
<tr><td rowspan="2">Franchigia frontale
(scelta alla sottoscrizione):</td><td colspan="3">Scaglioni di capitale assicurato e relative franchigie applicate</td></tr>
<tr><td>fino ad € 250.000</td><td>oltre € 250.000
e fino € 500.000</td><td>oltre € 500.000
e fino € 1.000.000</td></tr>
<tr><td>5%</td><td>5%</td><td>7%</td><td>10%</td></tr>
<tr><td>3%</td><td>3%</td><td>5%</td><td>7%</td></tr>
</table>
In calce alle presenti Condizioni di Assicurazione, sono riportate le Tabelle (vedasi Allegato n.2) di sviluppo delle percentuali applicabili per la determinazione dell'indennizzo dovuto per Invalidità Permanente da Infortunio, in funzione della percentuale di franchigia operante ovvero:
• Franchigia Assoluta 5%, per scaglioni di capitale (Tabella 1)
• Franchigia Assoluta 3%, per scaglioni di capitale (Tabella 2)</td></tr>
<tr><td>SCOPERTI</td><td>NON OPERANTI</td></tr>
</table>

Garanzia "MORTE DA INFORTUNIO"

Art. 20) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Qualora l'*infortunio indennizzabile* a termini di polizza abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'*Assicurato* e questa si verifichi, anche successivamente alla scadenza di polizza, entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, la *Società* liquiderà agli eredi legittimi, in difetto di diversa designazione anche testamentaria, la somma assicurata indicata nel *Modulo di polizza* suddivisa in parti uguali.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" e "COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE" delle presenti condizioni di assicurazione.

- *20.1* – **Estensione inclusiva "MORTE PRESUNTA"**

(SEMPRE OPERANTE)

La copertura viene estesa al caso di morte presunta dell'Assicurato in seguito a sua scomparsa conseguente ad infortunio.

- 20.2 – **Estensione inclusiva "COMMORIENZA CONIUGI"**

(OPERANTE PURCHÉ INDICATA COME "COMPRESA" NEL MODULO DI POLIZZA)

Qualora, in seguito ad Infortunio determinato dallo stesso evento, consegue la morte di entrambi i genitori, purché almeno uno risulti assicurato per la garanzia "Morte da infortunio" con la presente polizza, l'indennità per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se beneficiari in base al presente contratto, viene aumentata del **100%** per ogni genitore assicurato deceduto, con il limite di **€ 250.000,00** per evento e/o cumulo di più contratti con la Società.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap (ovvero affetti, al momento della commorienza dei genitori, da una comprovata e documentabile Invalidità Permanente pari o superiore al **60**%), ancorché maggiorenni, se beneficiari.

- *20.3* – **Massimali e limitazioni**

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia MORTE DA INFORTUNIO	
MASSIMALI	I capitali di seguito indicati, si intendono annuali e per singolo assicurato: ▪ Opzione "Copertura Standard": a scelta fra € **50.000** o € **100.000.** ▪ Opzione "Copertura Personalizzata": massimali liberamente selezionabili per multipli di € **50.000** e fino ad € **750.000**. In corrispondenza della somma assicurata pari ad € **1.000.000** (acquistabile esclusivamente come Rischio Direzionale) non risulta operativa l'estensione inclusiva "COMMORIENZA CONIUGI".

	Per Assicurati di età inferiore a 14 anni: capitale massimo assumibile **€ 100.000.**
LIMITAZIONI	L'indennizzo per il caso di morte **non è cumulabile** con quello per Invalidità permanente per infortunio. Pertanto, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente, ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari dell'Assicurato esclusivamente la differenza tra l'indennizzo pagato e la Somma Assicurata per il caso morte, qualora quest'ultima fosse superiore.
FRANCHIGIE	NON OPERANTI
SCOPERTI	NON OPERANTI

Garanzia "**DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE**"

Art. **21**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La *Società* corrisponde, in caso di *infortunio indennizzabile* a termini di polizza che comporti un *Ricovero* ospedaliero e/o un'ingessatura, un'indennità giornaliera, pari a quanto indicato nel *Modulo di Polizza*, per ciascun giorno di degenza e/o immobilizzazione, calcolata come da criteri che seguono.

Per ogni Assicurato, la durata massima dei giorni indennizzabili per sinistro/anno assicurativo è complessivamente e cumulativamente non superiore a **360** giorni fermi i limiti indennizzabili per il periodo di gessatura e immobilizzazione dettagliati al paragrafo successivo.

Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici, purché non superiori a **3** giorni effettivi.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura (o immobilizzazione), l'indennità da gessatura o immobilizzazione verrà corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione.

La diaria **raddoppia** in caso di degenza conseguente ad un infortunio che comporti:

- ✓ Intervento per asportazione di organi;
- ✓ Trapianto;
- ✓ Artro-protesi delle grandi articolazioni (ginocchio, anca, gomito, spalla).

Sono compresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- ✓ Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- ✓ Bendaggi amidati;
- ✓ Docce/valve gessate;
- ✓ Bendaggio desault;
- ✓ Minerve (anche in cuoio);
- ✓ Apparecchio di trazione cranica (tipo halo);
- ✓ Trazione/immobilizzazione dita (tipo iselin).

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" e "COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE" delle presenti condizioni di assicurazione.

21.1 – ***Massimali*** **e limitazioni**

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE	
MASSIMALI	È possibile la scelta fra le seguenti 4 opzioni di diaria giornaliera: **€ 50, € 100, € 150, € 200.**
LIMITAZIONI	La Diaria da Convalescenza **non è cumulabile** con la Diaria da Ricovero o Immobilizzazione avvenuta post ricovero. Non verrà equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali. In caso di ricovero il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno. In caso di immobilizzazione con gessatura: se la stessa comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (**escluse** quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la *Società* corrisponde all'*Assicurato* un'indennità giornaliera, fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di **30** giorni per singolo sinistro. In caso di immobilizzazione senza gessatura: viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, limitatamente alla frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o della frattura completa o parziale della costola, purché radiologicamente accertate.

	Per quanto inerente all'immobilizzazione a seguito di frattura completa o parziale della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfettaria di **20** giorni; per le fratture di bacino / femore / colonna vertebrale la durata forfettaria è pari a **40** giorni. Relativamente alla ginocchiera DonJoy e alla stecca di Zimmer, le modalità con cui queste sono ammesse all'indennizzo, a parziale deroga di quanto escluso all'art. 28.2.3 – ESCLUSIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE, sono le seguenti: ✓ Ginocchiera DonJoy: pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura del ginocchio. ✓ Zimmer: pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura.
FRANCHIGIE	NON OPERANTI
SCOPERTI	NON OPERANTI

Garanzia "**DIARIA DA CONVALESCENZA**"

Art. 22) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

In seguito a dimissioni ospedaliere per *infortunio indennizzabil*e a termini di polizza la *Società* corrisponde la diaria giornaliera indicata nel *modulo di polizza* limitatamente al periodo di convalescenza domiciliare post ricovero prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato, per un periodo massimo pari al **doppio** di quello di durata del ricovero e comunque per un numero massimo di **30** giorni per infortunio.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" e "COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE" delle presenti condizioni di assicurazione.

22.1 – **Massimali e limitazioni**

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia DIARIA DA CONVALESCENZA	
MASSIMALI	È possibile la scelta fra le seguenti 3 opzioni di diaria giornaliera: **€ 50, € 100, € 150.**
LIMITAZIONI	In nessun caso la Società potrà liquidare, nell'arco della stessa annualità assicurativa, diarie superiori a **180** giorni per ogni Assicurato. La Diaria da Convalescenza **non è cumulabile** con la Diaria da ricovero o immobilizzazione avvenuta post ricovero.
FRANCHIGIE	NON OPERANTI
SCOPERTI	NON OPERANTI

Garanzia "**INABILITA' TEMPORANEA AL LAVORO**"

Art. 23) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La garanzia opera nel caso in cui l'*infortunio indennizzabile* a termini di polizza abbia come conseguenza un'Inabilità Temporanea al Lavoro, ovvero nel caso in cui l'Assicurato si trovi nell'incapacità fisica di attendere in modo **Totale** o **Parziale** alle proprie attività lavorative.

La Società liquida l'importo dell'indennità giornaliera assicurata, per un massimo di **365** giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.

Questa Garanzia **è cumulabile** con la Garanzia Morte e Invalidità Permanente da infortunio, qualora operanti.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" e "COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE" delle presenti condizioni di assicurazione.

23.1 – **Massimali e limitazioni**

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia INABILITA' TEMPORANEA AL LAVORO	
MASSIMALI	È possibile la scelta fra le seguenti 4 opzioni di diaria giornaliera: **€ 50, € 100, € 150, € 200.**
LIMITAZIONI	La diaria per Inabilità Temporanea al Lavoro da Infortunio **non può essere pattuita per soggetti con reddito da Lavoro Dipendente, nonché alle seguenti categorie: Studenti, Pensionati**, **Casalinghe/i**, **Disoccupati, Nullafacenti, Benestanti.** Qualora in corso di contratto l'Assicurato dovesse variare la propria attività rientrando in una di quelle sopra indicate, la garanzia **contestualmente cessa** senza più essere proposta al rinnovo contrattuale successivo.
FRANCHIGIE	Franchigia assoluta: **7** giorni
SCOPERTI	NON OPERANTI

Garanzia "**RIMBORSO SPESE MEDICHE**"

Art. **24**) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

In caso di *Infortunio indennizzabile* a termini di polizza la *Società* assicura, entro il massimale indicato nel *Modulo di polizza*, le spese mediche accertate, rimaste a carico dell'*Assicurato*, sostenute nei **180 giorni successivi** all'evento.

In particolare, vengono riconosciute le seguenti spese:

- **Se c'è stato Ricovero, Day hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale**
  - Accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei **90 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 effettuati nei **90 giorni successivi** la cessazione del ricovero o del day hospital, o l'intervento chirurgico ambulatoriale.
  - Tickets relativi alle prestazioni che precedono.

- **Se non c'è stato Ricovero, Day hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale**
  - Accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

- **Cure e protesi dentarie da infortunio**
  - Cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" e "COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE" delle presenti condizioni di assicurazione.

24.1 – **Estensione inclusiva "DANNO ESTETICO"**

(SEMPRE OPERANTE)

Nei limiti di cui al precedente paragrafo ed a parziale deroga delle esclusioni della sezione A) Infortuni, punto "**f**" limitatamente **ai danni estetici al volto** sono comprese le spese per gli interventi di **chirurgia plastica**, necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio avvenuto nel periodo contrattuale.

24.2 – **Massimali e limitazioni**

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE	
MASSIMALI	I massimali indicati **(*)**, si intendono annuali e per singolo assicurato: ▪ Opzione "Copertura Standard": € **2.500**

<table>
<tr><td></td><td>▪ Opzione “Copertura Personalizzata”: massimali liberamente selezionabili fra € 2.500, € 5.000, € 10.000

(*) in aggiunta al massimale scelto dalla garanzia "Rimborso Spese Mediche” ed in funzione di quest’ultimo, di seguito si esplicita il massimale dell’’estensione “Danno Estetico” (da intendersi per anno e singolo assicurato):

<table>
<tr><td>Massimale “RIMBORSO SPESE MEDICHE”</td><td>Massimale “DANNO ESTETICO”</td></tr>
<tr><td>€ 2.500</td><td>€ 1.250</td></tr>
<tr><td>€ 5.000</td><td>€ 2.500</td></tr>
<tr><td>€ 10.000</td><td>€ 3.000</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>LIMITAZIONI</td><td>• Se c'è stato Ricovero, Day hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale: il rimborso per i trattamenti fisioterapici o rieducativi (effettuati nei 90 giorni successivi la cessazione del ricovero o del day hospital, o l’intervento chirurgico ambulatoriale) viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;

• Se non c'è stato Ricovero, Day hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale: il rimborso non potrà comunque superare il 50% della Somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della Somma assicurata

• Cure e protesi dentarie da infortunio: le spese vengono rimborsate con il limite del 30% della Somma assicurata.</td></tr>
<tr><td>FRANCHIGIE</td><td>Il rimborso viene effettuato a cure ultimate con deduzione della franchigia di € 100,00 per ogni sinistro.</td></tr>
<tr><td>SCOPERTI</td><td>• Se non c'è stato Ricovero, Day hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale: per ognuna delle spese previste, il rimborso viene riconosciuto applicando uno scoperto pari al 10% del danno indennizzabile, con il minimo non indennizzabile di € 50,00.</td></tr>
</table>

Sezione B - TUTELA LEGALE

La “**Garanzia**” prevista dalla presente sezione è **operante solo se** espressamente indicata come “**compresa**” nel *Modulo di Polizza*.

Garanzia “TUTELA LEGALE”

Art. 25) – **OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE**

La Società assicura, in sede extragiudiziaria e giudiziaria, nel limite del massimale indicato nel *Modulo di polizza* che deve intendersi per evento e anno assicurativo, l’assistenza legale e i relativi oneri che non possono essere richiesti alla controparte, che si rendano necessari per la tutela degli interessi dell’Assicurato nei casi espressamente indicati in polizza (fatta eccezione per quanto esplicitamente escluso per il quale si rimanda al capitolo “COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE”).

Tali oneri sono quelli relativi a:

1. **Spese per l’intervento di un Legale** incaricato per la gestione del caso assicurativo;
2. **Spese del Legale di controparte** nei casi di soccombenza a seguito di esito negativo di causa civile;
3. **Spese di giustizia**;
4. **Spese per l’intervento di Periti di parte**, purché detta nomina sia stata concordata con la Società, **e quelli nominati dal Giudice (C.T.U.)**;
5. **Spese per transazioni relative a cause civili,** purché detta soluzione sia stata autorizzata dalla Società;
6. **Il Contributo Unificato** (D.L. n. 28 del 11/03/2002), se non ripetuto alla controparte in caso di soccombenza di quest’ultima;

7. **Spese relative al tentativo obbligatorio di conciliazione** (D.Lgs. n° 28 del 04/03/2010);

8. **Spese riferite alla mediazione obbligatoria** (D. Lgs.28/2010 e successive integrazioni/modifiche), se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettante agli Organismi pubblici;

9. **Redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria**.

25.1 – Casi assicurati

La copertura è prevista a **seguito di Infortunio**, garantito a termini di polizza, ed è riferita esclusivamente alle pretese al risarcimento **danni extracontrattuali a persone e/o cose subiti per fatti illeciti di terzi** che abbiano provocato l'infortunio.

È compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.

25.2 – Insorgenza del caso assicurativo – Operatività

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano **insorti durante il periodo di validità del contratto** e che siano stati denunciati alla *Società*, nei modi e nei termini indicati nel capitolo "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" delle presenti condizioni di assicurazione e comunque **non oltre 24 (ventiquattro) mesi** dall'insorgenza del sinistro (art. 2952 del Codice Civile).

In particolare, la garanzia viene prestata:

- durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali;
- trascorso il periodo di ***carenza*** **contrattuale**, in tutte le restanti ipotesi.

Ai fini della presente Garanzia, **per insorgenza del caso assicurativo si intende**:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali: il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;
- per tutte le restanti ipotesi: il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.
- in presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

25.3 – Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia TUTELA LEGALE	
MASSIMALI	Unica opzione: **€ 10.000** (Il massimale si intende annuale e per singolo assicurato)
LIMITAZIONI	- **CARENZA CONTRATTUALE** **3 (tre) mesi** dalla decorrenza della polizza (non applicabile per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali). - **DELIMITAZIONI E OPERATIVITA'** La copertura opera con le seguenti delimitazioni: ✓ l'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo e ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa. ✓ Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di **2** (due) **esiti negativi**. ✓ È garantito l'intervento di un **unico legale per ogni grado di giudizio** territorialmente competente. ✓ Si considerano a tutti gli effetti come **unico caso assicurativo** le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse. In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli Assicurati coinvolti, ma il relativo **Massimale resta unico** e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

	- **VALIDITA' TERRITORIALE** Nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi l'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono in Europa, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori. In tutte le altre ipotesi la Garanzia vale: ✓ fino al massimale annuo indicato nel Modulo di polizza: per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati in Italia, Città Stato del Vaticano e Repubblica di San Marino; ✓ fino al massimale di **€ 5.000,00** (cinquemila), fermo il massimale annuo di polizza, per i casi assicurativi che dovessero insorgere nel resto dell'Europa, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.
FRANCHIGIE	NON OPERANTI
SCOPERTI	NON OPERANTI

Sezione C – ASSISTENZA

La "**Garanzia**" prevista dalla presente sezione è **operante solo se** espressamente indicata come "**compresa**" nel *Modulo di Polizza*.

Garanzia "ASSISTENZA"

Art. 26) – **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Con la presente garanzia si intendono operanti le prestazioni che seguono, dovute ad *infortunio indennizzabil*e a termini di polizza **erogate in forma diretta**. Pertanto, l'*Assicurato*, per poter beneficiare delle prestazioni, dovrà informare immediatamente del Sinistro la *Centrale Operativa* che autorizzerà preventivamente gli interventi o le spese.

1) Invio Medico

Quando l'Assicurato, in caso infortunio, necessita di una visita medica, Global Assistance provvede, previa valutazione da parte della Guardia Medica della *Centrale Operativa*, ad inviare un Medico convenzionato. In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, Global Assistance organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un ospedale per le cure del caso. Tale prestazione viene erogata quando non sia reperibile il Medico curante dell'Assicurato.

2) Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio, si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da tale grave motivo di salute e nessuno può andare per lui, Global Assistance dopo aver ritirato tramite la *Centrale Operativa* la documentazione, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato od al medico da lui indicato. Il costo degli esami sostenuti resta a carico dell'Assicurato.

3) Invio medicinali urgenti a domicilio

Quando l'Assicurato, in caso di infortunio, necessita di medicinali regolarmente prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per tale grave motivo di salute, certificato dal suo medico, e nessuno può andare per lui, Global Assistance tramite la *Centrale Operativa*, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.

4) Informazioni sul reperimento di centri sanitari speciali

Tramite la Guardia Medica della *Centrale Operativa*, l'Assicurato, in caso di infortunio, può ottenere informazioni sul reperimento di: Case di Riposo, Ospedali per lunga degenza, Centri termali. La *Centrale Operativa* provvede altresì a comunicare all'Assicurato, la disponibilità di posti letto nelle suddette strutture fornendo eventualmente anche i relativi costi di degenza.

5) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

In caso di infortunio, tramite la *Centrale Operativa*, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, possono essere organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso i centri più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La *Centrale Operativa*, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

6) Consulti medici

Quando, in caso di infortunio, è necessario valutare lo stato di salute dell'Assicurato per decidere quale sia l'intervento più opportuno da effettuare in suo favore Global Assistance, per il tramite della *Centrale Operativa* e tramite collegamento telefonico effettuato dalla sua Guardia Medica, è sempre a disposizione dell'Assicurato per fornire, sulla base delle informazioni ricevute, suggerimenti di carattere medico sanitario. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

7) Consulti telefonici tra specialisti

Quando, a seguito di infortunio, le condizioni dell'Assicurato, valutate dal proprio medico specialista, richiedono un consulto fra specialisti, Global Assistance mette a disposizione dell'Assicurato la Guardia Medica della *Centrale Operativa* creando un contatto con lo specialista che ha in cura l'Assicurato e successivamente un ulteriore contatto telefonico con uno o più specialisti per la specifica patologia, tenendo a proprio carico le parcelle di questi ultimi fino alla concorrenza del massimale di € **260**,**00** per evento e per anno assicurativo.

8) Consulenza medico sanitaria

a) **Informazione ed orientamento medico telefonico**

Quando, in seguito ad infortunio, l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici, la Guardia Medica della *Centrale Operativa* è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) **Consulenza sanitaria di alta specializzazione**

Quando, in seguito ad infortunio suscettibile di dover dar luogo ad interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, Global Assistance mette a disposizione la Equipe Medica della *Centrale Operativa* per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della *Centrale Operativa* possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

9) Servizio di informazioni, consulenze e orientamenti nei confronti dell'accesso al Servizio Sanitario Pubblico

In caso di infortunio la Guardia Medica della *Centrale Operativa* è in grado di dare informazioni e consulenze inerenti: Strutture pubbliche della zona; Diritti nei confronti delle A.S.L. e modalità per usufruirne; Assistenza indiretta (se è necessario od opportuno un ricovero all'estero, i nostri consulenti danno informazioni circa le pratiche per avere l'autorizzazione della A.S.L. competente o per far ottenere all'Assicurato il rimborso nei limiti consentiti dalla legge regionale); Assistenza Sanitaria all'estero con i relativi trattati di reciprocità; Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali; Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta.

10) Trasporto in ambulanza

Quando, a giudizio del medico curante ed in accordo con la Guardia Medica della *Centrale Operativa*, l'Assicurato, in caso di infortunio, necessita di un trasporto in ambulanza, Global Assistance, per il tramite della *Centrale Operativa*, organizza a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale per le cure del caso, o effettua il rimborso delle spese sostenute dallo stesso a fronte di autorizzazione preventiva della *Centrale Operativa* e presentazione di regolari giustificativi.
Global Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimale di **€ 360,00** per anno, con un massimo di **€ 130,00** per sinistro.

11) Invio di infermiere o infermiera a domicilio

Quando l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero ospedaliero a seguito di infortunio, necessita per tale motivo di assistenza infermieristica, Global Assistance, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede ad inviare un infermiere/a al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **€ 50,00** al giorno e fino a **3** giorni consecutivi.

12) Organizzazione per il reperimento dei luoghi di cura

Quando l'Assicurato, in seguito ad infortunio, deve sottoporsi ad un intervento chirurgico, Global Assistance, per il tramite dei medici della *Centrale Operativa* previa approfondita analisi del quadro clinico dell'Assicurato ed in accordo con il medico curante, non ritenendo effettuabile, per caratteristiche obiettive, l'intervento chirurgico, nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, individueranno e prenoteranno, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia o all'estero. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

13) Trasferimento sanitario dal domicilio

Quando l'Assicurato, in seguito ad infortunio, sia affetto da una patologia obiettivamente non curabile nell'ambito delle strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione italiana di residenza, Global Assistance, per il tramite della *Centrale Operativa* e previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato effettuata dai propri medici d'intesa con il medico curante, e tenendo a proprio carico i relativi costi, organizza il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi adeguati fino al centro ospedaliero ritenuto più idoneo alla cura della patologia di cui è affetto. Il trasporto può essere effettuato con Aereo sanitario, Aereo di linea (anche barellato), Treno in prima classe o vagone letto e Ambulanza. Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.
La prestazione viene fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata, dal giorno di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da infortunio.

14) Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera

Quando in seguito ad utilizzo della prestazione "Trasferimento sanitario dal domicilio", l'Assicurato dimesso dopo ricovero ospedaliero non è in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente, Global Assistance, per il tramite della *Centrale Operativa*, organizza il suo rientro al domicilio, tenendo a proprio carico i relativi costi, con il mezzo ritenuto più idoneo dalla propria Guardia Medica.
Il trasporto può essere effettuato con: aereo di linea (anche barellato); treno in prima classe o vagone letto; ambulanza.
Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

26.1 – Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia ASSISTENZA	
MASSIMALI	La presente garanzia non offre scelta di opzioni di massimali.
LIMITAZIONI	Le prestazioni della Garanzia Assistenza sono fornite 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno con un massimo di **tre** volte per ciascun tipo di prestazione, per assicurato, entro il periodo di durata dell'assicurazione, fermo restando che l'importo globale degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali complessivi previsti. Tutte le garanzie hanno efficacia in **Italia**. L'*Assicurato*, per poter beneficiare delle prestazioni, dovrà informare immediatamente del sinistro la *Centrale Operativa* che autorizzerà preventivamente gli interventi o le spese.
FRANCHIGIE	NON OPERANTI
SCOPERTI	NON OPERANTI

Sezione D – MALATTIA

La "**Garanzia**" prevista dalla presente sezione è **operante solo se** espressamente indicata come "**compresa**" nel *Modulo di Polizza*.

Garanzia "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"

Art. 27) – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La *Società* corrisponde l'indennità calcolata sulla *Somma Assicurata* in caso di malattia diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione che ha per conseguenza una Invalidità permanente manifestatasi non oltre **un anno** dalla cessazione dell'assicurazione, **ferme le esclusioni** specifiche, la **franchigia,** le **limitazioni** ed il periodo di **carenza contrattuale** e fatti salvi i requisiti per l'assicurabilità (di cui all'Art. 8).

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO" e "COSA NON È POSSIBILE ASSICURABILE" delle presenti condizioni di assicurazione.

27.1 – Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i *massimali* e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	
MASSIMALI	Massimali selezionabili (annuali e per singolo assicurato): da **€ 25.000** a **€ 300.000**.
LIMITAZIONI	**TERMINI DI ASPETTATIVA**: La garanzia Invalidità permanente da Malattia opera con un periodo di ***carenza*** **di 90 giorni**. Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato

	con la *Società* riguardante la medesima garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano: - dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e le somme da quest'ultima previste; - dal giorno in cui ha effetto il nuovo contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste. Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate. **LIMITI DI INDENNIZZO** 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, la copertura assicurativa, relativamente a questa garanzia, per l'assicurato che ne ha usufruito **cessa**.
FRANCHIGIE	Nessun indennizzo è dovuto all'*Assicurato* quando l'invalidità permanente da malattia accertata è di **grado inferiore alla percentuale di franchigia del 25%** (vedasi Tabella dell'**Allegato 3**).
SCOPERTI	NON OPERANTI

COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE

Art. 28) – ESCLUSIONI

28.1 – Esclusioni comuni a tutte le sezioni

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri conseguenti a:

a) Guerre (internazionale o civile, dichiarata o meno), rivoluzioni, insurrezioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, scioperi o serrate;
b) Manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
c) Movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, tsunami e ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
d) Stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze allucinogene, intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
e) Sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (H.I.V.);
f) Covid-19 e Pandemie;
g) Detenzione od impiego di sostanze radioattive, trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e/o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc);
h) Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
i) Prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
j) Atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato e/o dal beneficiario;
k) Pratica di sport aerei in genere e partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti o test per la messa a punto dei mezzi;
l) Uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma".

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

28.2 – Esclusioni specifiche di sezione

Ad integrazione delle esclusioni di cui al paragrafo precedente, valgono, per le singole Sezioni e Garanzie, le seguenti ulteriori esclusioni specifiche:

Sezione A) INFORTUNI	**Sono esclusi dall'assicurazione**: a) Gli infortuni derivanti da guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato in base alle 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) Gli infortuni derivanti dal mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza previsti dalle norme vigenti; c) Gli infortuni derivanti da guida di natanti a motore per uso professionale (l'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto); d) Gli infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di invalidità, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, preesistenti e noti allo stesso prima della data di decorrenza delle coperture assicurative; e) La garanzia non è inoltre valida per le Malattie e per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad Infortunio;

f) Gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato (salvo quanto pattuito nell'estensione "DANNI ESTETICI" della garanzia "Rimborso spese mediche");
g) le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
h) Azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
i) Gli infarti di ogni tipo e le ernie (salvo quanto disposto all'Art. 18, lettera "n").

28.2.1 – RISCHI PROFESSIONALI ESCLUSI

Si intendono esclusi, quindi non assicurabili, i seguenti rischi derivanti dallo svolgimento di un'attività professionale riconducibile o pari alle seguenti categorie:

Piloti e Assistenti di volo in servizio attivo / Atleti, Sportivi professionisti (inclusi le guide alpine e gli insegnanti di alpinismo, judo, karate e simili) / Stunt-men, Controfigure, Acrobati (inclusi gli operatori su corda utilizzati nell'Edilizia aerea/acrobatica)/ Forze dell'ordine, Militari, Vigili del fuoco e Vigili urbani/ Artificieri, Addetti alla fabbricazione di esplosivi / Minatori, Cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale / Guardie giurate, notturne, Guardie armate e Portavalori /Guardie del corpo e Buttafuori/ Investigatori privati / Palombari/ Sommozzatori/ Speleologi.

28.2.2 – RISCHI SPORTIVI ESCLUSI

Si intendono esclusi, quindi non assicurabili, i seguenti rischi derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività sportive:

- **qualsiasi *sport professionistico*;**
- **la pratica di *sport pericolosi***, come ad esempio (a titolo esplicativo e non esaustivo): Arti marziali in genere, Pugilato, Atletica pesante, Lotta nelle varie forme, Rugby, Football americano, Sollevamento pesi, Hockey a rotelle e su ghiaccio, Sport aerei e/o con veicoli a motore, Scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, Alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA e Sci d'alpinismo (intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista), Guidoslitta-bob, Arrampicata libera (free climbing), Salto dal trampolino con sci o idrosci, Sci acrobatico, Sci estremo, Uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, Rafting;
- **la pratica di *sport estremi*** come ad esempio (a titolo esplicativo e non esaustivo): Canyoning, Bungee jumping, Spedizioni esplorative in genere, Regate oceaniche, Hydrospeed;
- **Speleologia e le immersioni subacquee** svolte con modalità diverse da quelle indicate alla lettera "o" del precedente Art. 18.
- **Body building/ 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);

28.2.3 – ESCLUSIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE

Non sono compresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;
- Bendaggi elastici adesivi (Tentoplast, etc.);
- Ortesi in genere (app. di posizione – es.: plantari);
- Collari Schantz, Camp, simili;
- Ginocchiere DonJoy;
- Stecche di Zimmer.

28.2.4 – ESCLUSIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Sono escluse:

- le spese di natura alberghiera, in riferimento alle cure termali

	- le rotture o i danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio - le spese sostenute dall'assicurato per visite medico legali non richieste dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro.
Sezione B) **TUTELA LEGALE**	Ad integrazione anche di quanto indicato ai paragrafi 28.2.1 e 28.2.2 (rispettivamente "Rischi professionali esclusi" ed "Rischi sportivi esclusi") della Sezione infortuni, la Garanzia Tutela legale **non è inoltre valida**: - in materia fiscale ed amministrativa; - per fatti dolosi delle persone assicurate; - per controversie contro la Società; - spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato e il professionista, in assenza di autorizzazione della Società; - spese legali diverse da quelle previste nel D.lgs. 55/2014; - spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente dalla Società. La Società, inoltre, non si assume il pagamento di Multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere.
Sezione C) **ASSISTENZA**	Ad integrazione anche di quanto indicato ai paragrafi 28.2.1 e 28.2.2 (rispettivamente "Rischi professionali esclusi" ed "Rischi sportivi esclusi") della Sezione infortuni, la Garanzia Assistenza **non è inoltre valida**: - per le Malattie; - per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad *Infortunio indennizzabile*.
Sezione D) **MALATTIA**	La Garanzia Invalidità permanente da malattia **non è operante per le conseguenze dovute a**: - *infortunio*; - stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipula del contratto, non dichiarati, con dolo o colpa grave, in fase assuntiva o nel Questionario Anamnestico che, unitamente alle dichiarazioni rilasciate in fase assuntiva, è parte integrante della presente Polizza; - cure dimagranti / dietetiche e interventi di carattere estetico; - chirurgia plastica / stomatologica /ricostruttiva riferita ad eventi insorti anteriormente alla sottoscrizione del contratto; - malattie tropicali; - prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione; - cure e/o interventi chirurgici per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia; - a cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto.

CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 29) – **OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO / DECADENZA E CRITERI DI LIQUIDAZIONE**

In riferimento ad ogni Sezione, di seguito vengono illustrate le modalità di denuncia e gli obblighi dell'assicurato in caso di *Sinistro* ed i criteri di liquidazione:

SEZIONE A)

INFORTUNI

A.1 – Denuncia e obblighi - Sezione A) Infortuni

L'Assicurato deve dare avviso alla Società, anche per il tramite dell'intermediario, dell'accadimento del sinistro entro **3** (**tre**) giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia del sinistro deve essere inoltrata in forma scritta alla Società, mediante lettera raccomandata A/R (o altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio) ad uno dei seguenti recapiti:

Posta: Global Assistance Spa - Piazza Diaz,6 - 20123 MILANO
E-Mail: servizio.liquidazioni@globalassistance.it
Fax: 02.43.33.50.20

L'Assicurato nella denuncia del sinistro dovrà indicare:

- ✓ il numero di polizza;
- ✓ proprie generalità, indirizzo e numero di telefono
- ✓ la descrizione dettagliata dell'evento (incluso il luogo, il giorno, l'ora e modalità dell'Infortunio, il presunto responsabile), allegando il certificato medico in originale attestante l'infortunio.

L'Assicurato deve inoltre:

a) fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;

b) documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;

c) sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società*, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria (tenendo a disposizione della Società gli originali ed impegnandosi a fornirli su semplice richiesta), a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;

d) fornire, in ogni caso, alla *Società* il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL);

e) produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche";

f) nel caso d'Inabilità Temporanea al lavoro, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore;

g) L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) o accertamento che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso scritto alla *Società*.

In questo caso i beneficiari designati o, in difetto, gli eredi legittimi, devono presentare:

- ✓ documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- ✓ certificato di morte;
- ✓ certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- ✓ atto notorio da cui risulti l'identificazione degli eredi;
- ✓ nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- ✓ eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta **sono a carico** dell'*Assicurato*.

Non saranno ammessi certificati rilasciati da medici, se diversi dal proprio medico di base, la cui specializzazione non sia coerente con l'infortunio stesso.

A.2 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

A.2.1 – Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Ai fini del calcolo dell'indennizzo dovuto, verrà applicata alla Somma Assicurata indicata in polizza, in corrispondenza della Garanzia "Invalidità Permanente da Infortunio" la forma e la percentuale di franchigia scelte alla sottoscrizione.

a) **Modalità di accertamento e di indennizzo**

L'indennizzo per Invalidità permanente parziale – ferme le franchigie operanti ed i "criteri di indennizzabilità" viene calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente Totale indicata in polizza, in proporzione al grado di invalidità accertato facendo riferimento ai valori di cui all'allegato n.1 al D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 (Tabella INAIL) e sue successive modifiche e/o integrazioni, ed è stabilito previa presentazione del certificato di guarigione, nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata e determinata in Italia (anche in presenza di Infortunio avvenuto all'estero)

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 (novanta) giorni** dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti

Di seguito i criteri stabiliti per la determinazione del grado di Invalidità permanete nei seguenti casi particolari:

- Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione dei presidi correttivi;
- Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa;
- Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente perdita totale dell'arto stesso;

- La perdita totale o parziale, 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%;
- In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- 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;
- Nei casi di invalidità permanente non specificata nella tabella INAIL, il grado di Invalidità verrà stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

b) **Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio**

Il diritto all'indennità per invalidità permanente da infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, ricevuto il certificato di morte dell'assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società in base alla valutazione della documentazione ricevuta in allegato alla denuncia di sinistro, di cui al precedente Art. A.1, tra cui, in ogni caso, il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi dovranno fornire alla Società la documentazione indicata al precedente Art. A.1.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato.

La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 (novanta) giorni** dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

c) **Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

d) **Controversie: arbitrato irrituale**

In caso di controversie di natura medica sul grado di *Invalidità Permanente* da *Infortunio*, nonché sui criteri di indennizzabilità e modalità di accertamento di cui agli articoli precedenti, le parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza.

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 quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'Indennizzo.

e) **Rinuncia al diritto di Rivalsa**

Salvo il caso di dolo, la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti dei terzi responsabili del sinistro.

f) **Liquidazione in caso variazione dell'attività professionale in assenza di comunicazione**

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale rispetto a quanto dichiarato, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla *Società*, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività l'indennizzo sarà corrisposto come segue:

- integralmente, se la nuova attività professionale non aggrava il rischio;
- **non verrà corrisposto** alcun indennizzo se il sinistro, inerente alla nuova professione, è tra i "Rischi professionali esclusi":
- in **misura ridotta** come stabilito nella Tabella delle percentuali di indennizzo sotto riportate (differenziate in base alla forma di copertura operante sul contratto), se la diversa attività aggrava il rischio:

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INDENNIZZO

		Classe di rischio dell'Attività dichiarata in polizza							
		1		2		3		4	
		P	*P&E*	*P*	*P&E*	*P*	*P&E*	*P*	*P&E*
Classe di rischio dell'Attività accertata al momento del sinistro	**1**	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	61	79	100	100	100	100	100	100
	3	37	58	60	73	100	100	100	100
	4	26	47	43	60	72	81	100	100

dove:
- con "**P**" si intende la forma di copertura "**Professionale**",
- con "***P&E***" si intende quella "**Professionale ed Extraprofessionale**

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività professionale dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento all'Allegato 1 «Tabella di classificazione delle attività professionali», in calce alle presenti Condizioni di Assicurazione, ove sono indicate anche le corrispondenti Classi di rischio. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Laddove l'Assicurato, coperto con la forma **"Extraprofessionale"**, dovesse modificare la sua Professione in corso di contratto senza che ne abbia dato comunicazione alla Società, e la stessa fosse diversa da una mansione di **Lavoro dipendente**, la Società, **nel solo caso di buona fede dell'Assicurato**, liquiderà l'indennizzo dovuto per l'Infortunio "extraprofessionale" applicando le stesse percentuali, riportate nella suindicata "Tabella delle percentuali di indennizzo", attribuite al Rischio **"Professionale ed Extraprofessionale" ("P&E")**, **ferma la modifica del premio e della forma di copertura (da "Extraprofessionale" a "Professionale ed Extraprofessionale")** al più tardi dall'annualità successiva.

A.2.2 – Garanzia MORTE DA INFORTUNIO

a) **Morte Presunta**

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente ad infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi **6 (sei) mesi** dalla presentazione e accettazione dell'Istanza di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo il pagamento dell'indennizzo, dovesse risultare che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la *Società* avrà comunque diritto alla restituzione dell'indennizzo corrisposto.

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

b) **Cumulo dell'indennità**

L'indennizzo per il caso Morte non è cumulabile con quello per l'IPI, pertanto, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente, e in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari dell'Assicurato esclusivamente la differenza tra l'indennizzo pagato e la Somma Assicurata per il caso morte, qualora quest'ultima fosse superiore.

A.2.3 – Garanzia DIARIA DA RICOVERO O IMMOBILIZZAZIONE

La *Società* provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, successivamente alla dimissione ospedaliera, entro **30** (trenta) giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta attestante l'avvenuto ricovero (inclusa la copia della cartella clinica).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura (o immobilizzazione), la tempistica di cui sopra verrà applicata a partire dal ricevimento di tutta la documentazione idonea richiesta e non prima della rimozione della gessatura o a termine del periodo di inabilità certificato in caso di immobilizzazione.

In caso di gessatura, la Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura stessa.

In caso di immobilizzazione per frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, o di frattura completa o parziale della costola è necessario presentare in ogni caso le radiografie e i referti con l'indicazione della prognosi circa il periodo di immobilizzazione.

La Diaria da ricovero o immobilizzazione non è cumulabile con la Diaria da Convalescenza.

A.2.4 – Garanzia DIARIA DA CONVALESCENZA

La *Società* corrisponde la Diaria giornaliera indicata nel modulo di polizza, per un periodo massimo pari al **doppio** di quello di durata del ricovero e comunque per un numero massimo di **30** giorni per infortunio.

In nessun caso la Società potrà liquidare, nell'arco della stessa annualità assicurativa, diarie superiori a **180** giorni per ogni Assicurato.

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 prevista ed entro **30** (trenta) giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

La Diaria da Convalescenza non è cumulabile con la Diaria da Ricovero o Immobilizzazione avvenuta post ricovero.

A.2.5 – Garanzia INABILITÀ TEMPORANEA AL LAVORO

a) **Criteri di liquidazione**

Ad integrazione di quanto convenuto all'Art. A.1, la Società liquida l'importo dell'indennità giornaliera a guarigione clinica ultimata e attestata da documentazione medica ed entro **30** (trenta) giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, adottando i seguenti criteri:

- Il periodo di inabilità temporanea decorre dalle ore 24:00 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato e cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno di inabilità temporanea;
- viene detratta una **Franchigia fissa ed assoluta di 7 giorni** dal complessivo periodo di accertata e documentata inabilità temporanea;
- si conviene che, previa detrazione della Franchigia prevista, i **giorni** totali di accertata e documentata Inabilità vengono considerati convenzionalmente nella misura del **60%** come inabilità temporanea **Totale** e nella misura del **40%** come inabilità temporanea **Parziale**;
- l'importo della diaria viene corrisposto:
  - al **100**%, durante il periodo conteggiato di inabilità temporanea al lavoro **Totale**;
  - al **50**%, durante il periodo conteggiato di inabilità temporanea al lavoro **Parziale**.

b) **Controversie: arbitrato irrituale**

In caso di controversie di natura medica sul grado o durata dell'Inabilità temporanea, le parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in corretto verbale, da redigere 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 verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

A.2.6 – Garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE

Il rimborso viene effettuato a cure ultimate con deduzione della franchigia prevista per ogni sinistro e, in riferimento al Danno estetico al viso, entro i limiti di massimali indicati nella tabella delle limitazioni (paragrafo 24.2)

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) ed **entro 30 giorni** dalla consegna degli stessi.

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.

La Società si riserva di richiedere gli originali laddove ritenuto necessario e si impegna altresì a restituirli alla definizione del sinistro.

	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.
SEZIONE B) **TUTELA LEGALE**	**B – Denuncia e obblighi in caso di sinistro della Sezione B) TUTELA LEGALE** L'Assicurato deve denunciare qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza prima di prendere qualsiasi iniziativa. In ogni caso deve fare pervenire alla *Società*, anche per il tramite dell'*Intermediario*, la denuncia del *Sinistro* corredata di tutte le informazioni complete e veritiere sui fatti, indicando i mezzi di prova, e procurando i documenti necessari, ad uno dei seguenti recapiti: Posta: Global Assistance Spa - Servizio Sinistri Tutela Legale - Piazza Diaz,6 - 20123 MILANO E-Mail: areatutelalegale@globalassistance.it Fax: 02.43.33.50.20 **Alla denuncia del Sinistro va allegata**: – una esaustiva descrizione dell'accaduto, – tutta la documentazione di cui si è in possesso. **B.1 – Gestione del caso assicurativo** Premesso che: • l'*Assicurato*, per la gestione della fase stragiudiziale, verrà assistito dalla *Società* o da un legale da quest'ultima nominato per addivenire ad un bonario componimento della vertenza; • ove ciò non riesca e vi sia una possibilità di successo l'*Assicurato* può scegliere liberamente il legale, iscritto presso il foro ove ha sede l'ufficio giudiziario competente per la controversia cui affidare la tutela dei propri interessi; • se l'*Assicurato* non fornisce tale indicazione, verrà invitato dalla *Società* a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'*Assicurato* non vi provveda, la *Società* nominerà direttamente il legale al quale l'*Assicurato* dovrà conferire mandato. Si conviene che: **a)** la Garanzia assicurativa della presente Sezione, viene prestate anche per ogni grado superiore di giudizio, se l'impugnazione presenta possibilità di successo, e fino ad esaurimento del *Massimale*; **b)** l'*Assicurato* **non** può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, **senza preventiva autorizzazione della *Società***; **c)** l'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e/o di Ufficio viene concordata con la *Società*, la quale non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti. **d)** L'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo e ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa **In caso di conflitto di interessi o di disaccordo** in merito alla gestione dei casi assicurativi tra *l'Assicurato* e la *Società*, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un **arbitro** che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle *Parti* contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'*Arbitrato*. La *Società* avverte l'*Assicurato* del suo diritto di avvalersi di tale procedura. **B.2 – Recupero delle somme**

	Spettano integralmente all'*Assicurato* i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi. Spettano invece alla *Società*, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.
SEZIONE C) **ASSISTENZA**	**C – <u>Denuncia e obblighi in caso di sinistro della Sezione C) ASSISTENZA</u>** Per usufruire delle prestazioni di assistenza l'***Assicurato*** **dovrà attivare la** ***Centrale Operativa***, contattandola preventivamente ai seguenti numeri telefonici attivi 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. <u>Per</u> chiamate: dall'Italia**: 800 295 122 -------** dall'**Estero**: **Tel. +39 011 74.25.601** **La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente i nuovi riferimenti telefonici in caso di modifiche.** Al fine di ottenere un tempestivo intervento, si dovranno comunicare, oltre alle proprie generalità, i seguenti ulteriori dati: • numero di Polizza; • prestazione richiesta; • luogo e recapito telefonico per i successivi contatti. L'inadempimento dell'obbligo sopra indicato comporta la **decadenza** dal diritto alla prestazione di assistenza o alla Garanzia. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
SEZIONE D) **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**	**D – <u>Denuncia e obblighi in caso di sinistro della Sezione D) MALATTIA</u>** L'Assicurato o altra persona in sua vece deve denunciare la malattia entro **10** (dieci) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata. La denuncia, corredata dal certificato medico sulla natura della malattia, deve essere inviata ai seguenti recapiti della *Compagnia*: <u>Posta</u>: Global Assistance Spa - Piazza Diaz,6 - 20123 MILANO <u>E-Mail</u>: <u>servizio.liquidazioni@globalassistance.it</u> <u>Fax</u>: 02.43.33.50.20 L'Assicurato deve fornire inoltre ogni ulteriore documentazione utile e collaborare con la Società con la necessaria diligenza e buona fede al fine di favorire le opportune indagini ed i necessari accertamenti. A tal fine l'Assicurato deve inviare periodicamente alla Società le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento a sua disposizione atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti e, su richiesta della Società, deve inoltre: - **sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici** disposti da suoi incaricati sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente: - fornire alla Società, **in caso di guarigione clinica** della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico; - nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Società di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità ed i criteri riportati nel successivo paragrafo D.1. **L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile)**

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in **Italia**.

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta **sono a carico dell'Assicurato.**

D.1 - Criteri di valutazione - Accertamento del grado di IP da Malattia (Adozione tabella INAIL)

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata e determinata in Italia, con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 (Tabella INAIL) e sue successive modifiche e/o integrazioni.

In particolare:

- nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è in via definitiva, diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
- Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perduta funzionalità di detti organi o arti.
- In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.
- La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Il grado di invalidità permanente viene valutato nel periodo compreso tra i **6 mesi** ed entro i **18 mesi** decorrenti dalla data di denuncia della malattia.

Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.

Trascorsi i **6 mesi** sopra indicati e sino allo scadere del **18 mesi**, la Società s'impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 giorni** dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei **6 mesi**, la Società non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente.

Decorsi i **18 mesi** - indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Società effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 giorni**, decorrenti dallo scadere dei **18 mesi**.

L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 del Codice Civile).

Le Invalidità Permanenti da Malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

D.2 - Criteri di indennizzabilità - Franchigia

La Società corrisponde l'indennizzo spettante per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non

indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da malattie/invalidità coesistenti.

Nel corso dell'Assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso in cui rappresentino malattia/invalidità concorrenti. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità permanente andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata è di **grado inferiore al 25%.**

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali di franchigie riportate nella Tabella di liquidazione allegata al presente contratto (vedasi Allegato n.3).

D.3 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

La *Società*, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'assicurato decede, per cause diverse dalla malattia denunciata, e dopo che la *Società* abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche, ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'*Assicurato*, la *Società*, previa produzione del certificato di morte dell'assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Società liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dai precedenti paragrafi (D.1 e D.2), ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;

- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'assicurato a causa di incidente stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della *Società*, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'*Assicurato*.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla *Società*:

- certificato di stato di famiglia relativo all'*Assicurato*;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Società* dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del

sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La *Società* s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro **90 giorni** dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

D.4 - Valutazione del danno - ricorso all'arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente dalla *Società*, o da un perito da questa incaricato, con l'*Assicurato* o persona da lui designata.

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Allegato 1 - TABELLA DI CLASSIFICAZIONE - ATTIVITA' PROFESSIONALI

PROFESSIONE	DETTAGLIO /SETTORE	CLASSE DI RISCHIO
Artigiano	Barbiere	1
Artigiano	Calzolaio	3
Artigiano	Carpentiere	4
Artigiano	Carrozziere/Garagista	3
Artigiano	Casario	2
Artigiano	Ceramista	3
Artigiano	Conciatore	3
Artigiano	Custode	2
Artigiano	Elettrauto	3
Artigiano	Elettricista	4
Artigiano	Fabbro	4
Artigiano	Falegname	4
Artigiano	Fotografo	2
Artigiano	Frantonaio	3
Artigiano	Generico	2

Artigiano	Giardiniere	3
Artigiano	Idraulico	3
Artigiano	Imbianchino	3
Artigiano	Meccanico	3
Artigiano	Muratore	4
Artigiano	Orafo	2
Artigiano	Restauratore, antiquario (senza uso di ponti/impalcature)	3
Artigiano	Riparatore materiale elettrico ed elettronico	2
Artigiano	Riparatore Orologi e Gioielli	2
Artigiano	Servizi alla Persona	2
Artigiano	Tapparellista	4
Artigiano	Tappezziere	3
Artigiano	Taxista/Autista	3
Artigiano	Tintore	3
Artigiano	Tipografo	3
Artigiano	Vetraio	3
Artigiano	Restauratore e pittore con uso di ponti e impalcature	3
Benestante	Benestante-Fondiario	1
Benestante	Benestante-Investitore	1
Benestante	Benestante-Sindaco di Società di Capitali	1
Benestante	Benestante-Socio di Società di Capitali	1
Benestante	Generico (senza particolari occupazioni)	1
Coltivatore diretto	Allevatore	3
Coltivatore diretto	Apicultore	3
Coltivatore diretto	Coltivatore	3
Coltivatore diretto	Frutticultore	3
Coltivatore diretto	Generico	2
Coltivatore diretto	Pastore	3
Coltivatore diretto	Pescatore	4
Coltivatore diretto	Viticultore	3
Commerciante alimentari	Droghiere	1
Commerciante alimentari	Erborista	1
Commerciante alimentari	Frutta e Verdura	1
Commerciante alimentari	Gastronomia/rosticceria	1
Commerciante alimentari	Gelataio	2
Commerciante alimentari	Generico	2
Commerciante alimentari	Latteria	1
Commerciante alimentari	Macellaio	3
Commerciante alimentari	Ortolano	1
Commerciante alimentari	Panettiere	2
Commerciante alimentari	Pastaio/Fornaio/Panettiere (con uso di forno e macchinari)	2
Commerciante alimentari	Pasticciere	2
Commerciante alimentari	Salumiere	3
Commerciante non alimentari	Abbigliamento e Accessori	1

Commerciante non alimentari	Ambulante	2
Commerciante non alimentari	Antiquari, senza restauro	1
Commerciante non alimentari	Antiquari, con restauro mobili e/o uso impalcature	3
Commerciante non alimentari	Arredamento e Articoli per la casa	1
Commerciante non alimentari	Articoli Fotografici	1
Commerciante non alimentari	Articoli Regalo	1
Commerciante non alimentari	Articoli Sportivi	1
Commerciante non alimentari	Calzature	2
Commerciante non alimentari	Cartolaio	1
Commerciante non alimentari	Colorificio	2
Commerciante non alimentari	Concessionario, Rivenditore	2
Commerciante non alimentari	Legname	4
Commerciante non alimentari	Drogheria	2
Commerciante non alimentari	Edicolante	2
Commerciante non alimentari	Elettrodomestici	2
Commerciante non alimentari	Materiali di costruzione	2
Commerciante non alimentari	Enoteca, Bottiglieria	2
Commerciante non alimentari	Farmacia	1
Commerciante non alimentari	Ferramenta	2
Commerciante non alimentari	Fioraio	2
Commerciante non alimentari	Generico	2
Commerciante non alimentari	Giocattoli e hobbistica	2
Commerciante non alimentari	Gioielleria, orologeria	2
Commerciante non alimentari	Librerie	1
Commerciante non alimentari	Materiale Elettrico	2
Commerciante non alimentari	Merceria	1
Commerciante non alimentari	Mobilificio	2
Commerciante non alimentari	Musica e Strumenti Musicali	1
Commerciante non alimentari	Ottica	1
Commerciante non alimentari	Passamaneria	1
Commerciante non alimentari	Pellicceria	2
Commerciante non alimentari	Ristoranti	2
Commerciante non alimentari	Rivendita Gas in bombole, Olio Combustibile	3
Commerciante non alimentari	Stazione di Servizio, Benzinaio	3
Commerciante non alimentari	Tabaccaio	2
Commerciante non alimentari	Teleria	2
Commerciante non alimentari	Valigerie, Articoli in pelle	1
Commerciante servizi vari	Agenzie di Stampa e Pubblicità	2
Commerciante servizi vari	Alberghi e Hotels	2
Commerciante servizi vari	Bar	2
Commerciante servizi vari	Birrerie, paninoteche	2
Commerciante servizi vari	Campeggio	1
Commerciante servizi vari	Generico	2
Commerciante servizi vari	Laboratorio	2

Commerciante servizi vari	Noleggi Vari	1
Commerciante servizi vari	Noleggio Veicoli	2
Commerciante servizi vari	Orchestra, Attori, Intrattenitori	1
Commerciante servizi vari	Sala da Ballo	2
Commerciante servizi vari	Sale Cinematografiche	1
Commerciante servizi vari	Sale da Biliardo e Bowling e Bocce	1
Commerciante servizi vari	Servizi Informatici	1
Commerciante servizi vari	Servizi Vari	2
Commerciante servizi vari	Stazioni di Lavaggio	3
Commerciante servizi vari	Vendita per corrispondenza e catalogo	1
Commerciante servizi vari	Vendita Porta a Porta	2
Ecclesiastico	Ecclesiastico	1
Imprenditore	In genere, che non lavorano manualmente	1
Imprenditore	In genere, che prende parte a lavoro manuale	2
Imprenditore	Edile (che prende parte a lavori manuali)	3
Lavoratore dipendente	Agronomo	2
Lavoratore dipendente	Allevatore	3
Lavoratore dipendente	Amministratore Delegato, Direttore	1
Lavoratore dipendente	Apprendista (mansioni di ufficio)	1
Lavoratore dipendente	Architetto (senza accesso a cantieri)	1
Lavoratore dipendente	Architetto (con accesso ai cantieri)	2
Lavoratore dipendente	Attuario	1
Lavoratore dipendente	Ausiliario	2
Lavoratore dipendente	Autista	3
Lavoratore dipendente	Autista di furgoni con carico e scarico	4
Lavoratore dipendente	Avvocato	1
Lavoratore dipendente	Barbiere	1
Lavoratore dipendente	Biologo	2
Lavoratore dipendente	Calzolaio	3
Lavoratore dipendente	Cancelliere	1
Lavoratore dipendente	Carpentiere	4
Lavoratore dipendente	Carrozziere/Garagista	3
Lavoratore dipendente	Casario	2
Lavoratore dipendente	Ceramista	3
Lavoratore dipendente	Chimico	2
Lavoratore dipendente	Coltivatore	3
Lavoratore dipendente	Commerciale / Agente di Commercio	2
Lavoratore dipendente	Commercialista	1
Lavoratore dipendente	Commesso/Garzone	2
Lavoratore dipendente	Conciatore	3
Lavoratore dipendente	Consulente d'Azienda	1
Lavoratore dipendente	Cuoco	3
Lavoratore dipendente	Custode	2
Lavoratore dipendente	Dirigente/funzionario (occupato solo in ufficio)	1

Lavoratore dipendente	Dirigente/funzionario (con accesso agli ambienti produttivi/cantieri)	2
Lavoratore dipendente	Domestica	2
Lavoratore dipendente	Elettrauto	3
Lavoratore dipendente	Elettricista (a contatto con correnti ad alta tensione)	4
Lavoratore dipendente	Elettricista (a contatto con correnti a bassa tensione)	3
Lavoratore dipendente	Fabbro	4
Lavoratore dipendente	Falegname	4
Lavoratore dipendente	Farmacista	1
Lavoratore dipendente	Fisioterapista/massaggiatore/estetista	2
Lavoratore dipendente	Fotografo (anche all'esterno)	2
Lavoratore dipendente	Fotografo (solo in studio)	1
Lavoratore dipendente	Frantonaio	3
Lavoratore dipendente	Generico (con lavoro manuale)	2
Lavoratore dipendente	Generico (senza lavoro manuale)	1
Lavoratore dipendente	Geologo	2
Lavoratore dipendente	Geometra (con accesso ai cantieri)	2
Lavoratore dipendente	Geometra (senza accesso ai cantieri)	1
Lavoratore dipendente	Giardiniere	3
Lavoratore dipendente	Giornalista (cronista, corrispondente)	2
Lavoratore dipendente	Giornalista (occupato solo in studio)	1
Lavoratore dipendente	Grafico	1
Lavoratore dipendente	Guardia giurata, notturna, portavalori	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Guida turistica	2
Lavoratore dipendente	Idraulico	3
Lavoratore dipendente	Imbianchino con accesso a ponti o impalcature	3
Lavoratore dipendente	Impiegato/quadro	1
Lavoratore dipendente	Ingegnere (con accesso a cantieri)	2
Lavoratore dipendente	Ingegnere (senza accesso ai cantieri)	1
Lavoratore dipendente	Insegnante di scuole e docenti universitari	1
Lavoratore dipendente	Insegnante di educazione fisica	2
Lavoratore dipendente	Insegnante di ballo, sci, tennis, scherma, atletica leggera	2
Lavoratore dipendente	Insegnanti di judo, karatè, od altri similari, insegnanti di atletica pesante ed arti marziali	4
Lavoratore dipendente	Insegnanti di alpinismo, guide alpine	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Magistrato	1
Lavoratore dipendente	Meccanico	3
Lavoratore dipendente	Medico generico/specialista	1
Lavoratore dipendente	Dentista, Odontotecnico	1
Lavoratore dipendente	Militare	1
Lavoratore dipendente	Muratore	4
Lavoratore dipendente	Operaio (con uso di macchine senza accesso a cantieri)	3
Lavoratore dipendente	Operaio (con uso di macchine con accesso a cantieri)	4
Lavoratore dipendente	Orafo	2
Lavoratore dipendente	Paramedico /Infermiere	2
Lavoratore dipendente	Pastore	3

Lavoratore dipendente	Perito elettronico, industriale, tessile, agrario, calligrafo, assicurativo	2
Lavoratore dipendente	Perito commerciale	1
Lavoratore dipendente	Pilota	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Poliziotto	1
Lavoratore dipendente	Professore universitario	1
Lavoratore dipendente	Ragioniere	1
Lavoratore dipendente	Restauratore (senza uso di ponti e impalcature)	2
Lavoratore dipendente	Restauratore con uso di ponti e impalcature)	4
Lavoratore dipendente	Riparatore materiale elettrico ed elettronico	2
Lavoratore dipendente	Riparatore Orologi e Gioielli	2
Lavoratore dipendente	Tapparellista	4
Lavoratore dipendente	Tappezziere	3
Lavoratore dipendente	Tintore	3
Lavoratore dipendente	Veterinario	2
Lavoratore dipendente	Vigile del fuoco	1
Lavoratore dipendente	Vigile urbano	2
Lavoratore dipendente	Artificiere/Addetto alla fabbricazione di esplosivi	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Assistente di volo in servizio attivo	1
Lavoratore dipendente	Guida alpina	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Minatore/Cavatore con uso di esplosivi e lavoro manuale	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Palombaro/Sommozzatore	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Speleologo	**N.A.**
Lavoratore dipendente	Stunt-men/Acrobati/Operatori su corda dell'edilizia acrobatica	**N.A.**
Libero professionista	Agente di Cambio	1
Libero professionista	Agronomo	2
Libero professionista	Amministratore di Stabili	1
Libero professionista	Architetto (senza accesso ai cantieri)	1
Libero professionista	Architetto (con accesso a cantieri)	2
Libero professionista	Artista	2
Libero professionista	Attuario	1
Libero professionista	Autotrasportatore (escluso trasporto merci esplosive e pericolose)	3
Libero professionista	Autotrasportatore (incluso trasporto merci esplosive e pericolose)	4
Libero professionista	Avvocato	1
Libero professionista	Biologo	2
Libero professionista	Chimico (escluso il trattamento di sostanze radioattive ed esplosive)	2
Libero professionista	Commerciale/Agente di Commercio	2
Libero professionista	Commercialista	1
Libero professionista	Consulente d'Azienda	1
Libero professionista	Consulente del Lavoro	1
Libero professionista	Farmacista	1
Libero professionista	Fisioterapista e professioni assimilabili/massaggiatore/estetista	2
Libero professionista	Fotografo (anche all'esterno)	2
Libero professionista	Fotografo (solo in studio)	1
Libero professionista	Generico (con uso macchinari)	2

Libero professionista	Generico (senza uso macchinari)	1
Libero professionista	Geologo	2
Libero professionista	Geometra (con accesso a cantieri)	2
Libero professionista	Geometra (senza accesso a cantieri)	1
Libero professionista	Giornalista (cronista corrispondente)	2
Libero professionista	Giornalista (occupato solo in studio)	1
Libero professionista	Grafico	1
Libero professionista	Ingegnere (con accesso al cantiere)	2
Libero professionista	Ingegnere (senza accesso ai cantieri)	1
Libero professionista	Intermediario Immobiliare, finanziario e assicurativo	1
Libero professionista	Investigatore	**N.A.**
Libero professionista	Medico Generico/Specialista	1
Libero professionista	Dentista, Odontotecnico	1
Libero professionista	Notaio	1
Libero professionista	Paramedico /infermiere	2
Libero professionista	Perito elettronico, industriale, tessile, agrario, calligrafo, assicurativo	2
Libero professionista	Perito commerciale	1
Libero professionista	Pilota	**N.A.**
Libero professionista	Procuratore Legale	1
Libero professionista	Ragioniere	1
Libero professionista	Scrittore	1
Libero professionista	Sportivo Professionista	**N.A.**
Libero professionista	Veterinario	2
Libero professionista	Artificiere/Addetto alla fabbricazione di esplosivi	**N.A.**
Libero professionista	Guida alpina	**N.A.**
Libero professionista	Minatore/Cavatore con uso di esplosivi e lavoro manuale	**N.A.**
Libero professionista	Palombaro/Sommozzatore	**N.A.**
Libero professionista	Speleologo	**N.A.**
Libero professionista	Stunt-men/Acrobati/ Operatori su corda dell'edilizia acrobatica	**N.A.**
Nessuna	Casalinga/o	1
Nessuna	Bambino in età prescolare	1
Nessuna	Nullafacente/ Disoccupato	1
Nessuna	Pensionato	1
Nessuna	Studente	1
Nessuna	Studente di scuole tecniche/professionali	2
Politico	Politico	2

Con "**N.A.**" si intende una **professione non assicurabile con il presente contratto**

Global Assistance

Allegato 2 - **TABELLA DI LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

TABELLA 1) **Franchigia Assoluta 5%, per scaglioni di capitale**

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente Tabella:

% di IP Accertata	% da liquidare sulla parte di Somma assicurata		
	fino ad € 250.000 (Franch. 5%)	oltre € 250.000e fino ad € 500.000 (Franch. 7%)	oltre € 500.000 e fino ad € 1.000.000 (Franch. 10%)
1%	0%	0%	0%
2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
4%	0%	0%	0%
5%	0%	0%	0%
6%	1%	0%	0%
7%	2%	0%	0%
8%	3%	1%	0%
9%	4%	2%	0%
10%	5%	3%	0%
11%	6%	4%	1%
12%	7%	5%	2%
13%	8%	6%	3%
14%	9%	7%	4%
15%	10%	8%	5%
16%	11%	9%	6%
17%	12%	10%	7%
18%	13%	11%	8%
19%	14%	12%	9%
20%	15%	13%	10%
21%	16%	14%	11%
22%	17%	15%	12%
23%	18%	16%	13%
24%	19%	17%	14%
25%	20%	18%	15%
26%	21%	19%	16%
27%	22%	20%	17%
28%	23%	21%	18%
29%	24%	22%	19%
30%	25%	23%	20%
31%	26%	24%	21%
32%	27%	25%	22%
33%	28%	26%	23%
34%	29%	27%	24%
35%	30%	28%	25%
36%	31%	29%	26%
37%	32%	30%	27%
38%	33%	31%	28%
39%	34%	32%	29%
40%	35%	33%	30%
41%	36%	34%	31%
42%	37%	35%	32%
43%	38%	36%	33%
44%	39%	37%	34%
45%	40%	38%	35%
46%	41%	39%	36%
47%	42%	40%	37%

%di IP Accertata	% da liquidare sulla parte di Somma assicurata		
	fino ad € 250.000 (Franch. 5%)	oltre € 250.000 e fino ad € 500.000 (Franch. 7%)	oltre € 500.000 e fino ad € 1.000.000 (Franch. 10%)
51%	46%	44%	41%
52%	47%	45%	42%
53%	48%	46%	43%
54%	49%	47%	44%
55%	50%	48%	45%
56%	51%	49%	46%
57%	52%	50%	47%
58%	53%	51%	48%
59%	54%	52%	49%
60%	55%	53%	50%
61%	56%	54%	51%
62%	57%	55%	52%
63%	58%	56%	53%
64%	59%	57%	54%
65%	**100%**	**100%**	**100%**
66%	**100%**	**100%**	**100%**
67%	**100%**	**100%**	**100%**
68%	**100%**	**100%**	**100%**
69%	**100%**	**100%**	**100%**
70%	**100%**	**100%**	**100%**
71%	**100%**	**100%**	**100%**
72%	**100%**	**100%**	**100%**
73%	**100%**	**100%**	**100%**
74%	**100%**	**100%**	**100%**
75%	**100%**	**100%**	**100%**
76%	**100%**	**100%**	**100%**
77%	**100%**	**100%**	**100%**
78%	**100%**	**100%**	**100%**
79%	**100%**	**100%**	**100%**
80%	**100%**	**100%**	**100%**
81%	**100%**	**100%**	**100%**
82%	**100%**	**100%**	**100%**
83%	**100%**	**100%**	**100%**
84%	**100%**	**100%**	**100%**
85%	**100%**	**100%**	**100%**
86%	**100%**	**100%**	**100%**
87%	**100%**	**100%**	**100%**
88%	**100%**	**100%**	**100%**
89%	**100%**	**100%**	**100%**
90%	**100%**	**100%**	**100%**
91%	**100%**	**100%**	**100%**
92%	**100%**	**100%**	**100%**
93%	**100%**	**100%**	**100%**
94%	**100%**	**100%**	**100%**
95%	**100%**	**100%**	**100%**
96%	**100%**	**100%**	**100%**
97%	**100%**	**100%**	**100%**

48%	43%	41%	38%	***98%***	**100%**	**100%**	**100%**
49%	44%	42%	39%	***99%***	**100%**	**100%**	**100%**
50%	45%	43%	40%	***100%***	**100%**	**100%**	**100%**

TABELLA 2) **Franchigia Assoluta 3%, per scaglioni di Capitale**

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

% di IP Accertata	% da liquidare sulla parte di Somma assicurata		
	fino ad € 250.000 (Franch. 3%)	oltre € 250.000 e fino ad € 500.000 (Franch. 5%)	Oltre € 500.000 e fino ad € 1.000.000 (Franch.7%)
1%	0%	0%	0%
2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
4%	1%	0%	0%
5%	2%	0%	0%
6%	3%	0%	0%
7%	4%	0%	0%
8%	5%	1%	0%
9%	6%	2%	0%
10%	7%	3%	0%
11%	8%	4%	0%
12%	9%	5%	1%
13%	10%	6%	2%
14%	11%	7%	3%
15%	12%	8%	4%
16%	13%	9%	5%
17%	14%	10%	6%
18%	15%	11%	7%
19%	16%	12%	8%
20%	17%	13%	9%
21%	18%	14%	10%
22%	19%	15%	11%
23%	20%	16%	12%
24%	21%	17%	13%
25%	22%	18%	14%
26%	23%	19%	15%
27%	24%	20%	16%
28%	25%	21%	17%
29%	26%	22%	18%
30%	27%	23%	19%
31%	28%	24%	20%
32%	29%	25%	21%
33%	30%	26%	22%
34%	31%	27%	23%
35%	32%	28%	24%
36%	33%	29%	25%
37%	34%	30%	26%
38%	35%	31%	27%
39%	36%	32%	28%
40%	37%	33%	29%
41%	38%	34%	30%

%di IP Accertata	% da liquidare sulla parte di Somma assicurata		
	fino ad € 250.000 (Franch. 3%)	oltre € 250.000 e fino ad € 500.000 (Franch. 5%)	Oltre € 500.000 e fino ad € 1.000.000 (Franch.7%)
51%	48%	44%	40%
52%	49%	45%	41%
53%	50%	46%	42%
54%	51%	47%	43%
55%	52%	48%	44%
56%	53%	49%	45%
57%	54%	50%	46%
58%	55%	51%	47%
59%	56%	52%	48%
60%	57%	53%	49%
61%	58%	54%	50%
62%	59%	55%	51%
63%	60%	56%	52%
64%	61%	57%	53%
65%	**100%**	**100%**	**100%**
66%	**100%**	**100%**	**100%**
67%	**100%**	**100%**	**100%**
68%	**100%**	**100%**	**100%**
69%	**100%**	**100%**	**100%**
70%	**100%**	**100%**	**100%**
71%	**100%**	**100%**	**100%**
72%	**100%**	**100%**	**100%**
73%	**100%**	**100%**	**100%**
74%	**100%**	**100%**	**100%**
75%	**100%**	**100%**	**100%**
76%	**100%**	**100%**	**100%**
77%	**100%**	**100%**	**100%**
78%	**100%**	**100%**	**100%**
79%	**100%**	**100%**	**100%**
80%	**100%**	**100%**	**100%**
81%	**100%**	**100%**	**100%**
82%	**100%**	**100%**	**100%**
83%	**100%**	**100%**	**100%**
84%	**100%**	**100%**	**100%**
85%	**100%**	**100%**	**100%**
86%	**100%**	**100%**	**100%**
87%	**100%**	**100%**	**100%**
88%	**100%**	**100%**	**100%**
89%	**100%**	**100%**	**100%**
90%	**100%**	**100%**	**100%**
91%	**100%**	**100%**	**100%**

42%	39%	35%	31%	***92%***	**100%**	**100%**	**100%**
43%	40%	36%	32%	***93%***	**100%**	**100%**	**100%**
44%	41%	37%	33%	***94%***	**100%**	**100%**	**100%**
45%	42%	38%	34%	***95%***	**100%**	**100%**	**100%**
46%	43%	39%	35%	***96%***	**100%**	**100%**	**100%**
47%	44%	40%	36%	***97%***	**100%**	**100%**	**100%**
48%	45%	41%	37%	***98%***	**100%**	**100%**	**100%**
49%	46%	42%	38%	***99%***	**100%**	**100%**	**100%**
50%	47%	43%	39%	***100%***	**100%**	**100%**	**100%**

Allegato **3** – **TABELLA DI LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

% di IP ACCERTATA		% di IP DA LIQUIDARE
Da:	al:	
1%	*24,99%*	0%
25%	*25,99%*	3%
26%	*26,99%*	4%
27%	*27,99%*	6%
28%	*28,99%*	8%
29%	*29,99%*	10%
30%	*30,99%*	12%
31%	*31,99%*	14%
32%	*32,99%*	16%
33%	*33,99%*	18%
34%	*34,99%*	20%
35%	*35,99%*	22%
36%	*36,99%*	24%
37%	*37,99%*	26%
38%	*38,99%*	28%
39%	*39,99%*	29%
40%	*40,99%*	30%
41%	*41,99%*	32%
42%	*42,99%*	34%
43%	*43,99%*	36%
44%	*44,99%*	38%
45%	*45,99%*	40%
46%	*46,99%*	42%
47%	*47,99%*	44%
48%	*48,99%*	46%
49%	*49,99%*	48%
50%	*50,99%*	50%
51%	*51,99%*	53%
52%	*52,99%*	56%
53%	*53,99%*	59%
54%	*54,99%*	62%
55%	*55,99%*	65%
56%	*56,99%*	68%
57%	*57,99%*	71%

58%	*58,99%*	74%
59%	*59,99%*	77%
60%	*60,99%*	80%
61%	*61,99%*	83%
62%	*62,99%*	86%
63%	*63,99%*	89%
64%	*64,99%*	92%
65%	*65,99%*	95%
66%	***100%***	**100%**

ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

Art. 1891 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta
Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.
I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.
All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'Assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione.
L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo Anno.
Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma Assicurato.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave
Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi
Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile

Art. 1897 – Diminuzione del rischio
Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese

Art. 1898 – Aggravamento del Rischio
Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il Rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.
L'Assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del Rischio.
Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del Rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.
Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del Rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore Rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti
L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave (1).
L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.
Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 – Mancato pagamento del Premio
Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi Assicuratori
Se per il medesimo Rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913 del Codice Civile, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale
in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1913 – Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro
L'Assicurato deve dare avviso del Sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il Sinistro o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del Sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio
L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore
L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, [dagli affiliati], dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.
L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.
Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

ESEMPI DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE, SCOPERTI E MASSIMALI

Il contratto prevede l'applicazione di **franchigie** e/o **scoperti** per la liquidazione del danno e l'indicazione di **massimali** entro cui la *Società* si presta a liquidare le garanzie delle singole Sezioni.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento dell'applicazione di scoperti, franchigie e massimali, si riportano di seguito alcune esemplificazioni numeriche:

Garanzia INVALIDITA' PERMANEMTE DA INFORTUNIO - ESEMPIO DI APPLICAZIONE MASSIMALE e FRANCHIGIA:

Esempio 1) Franchigia 5% _Assoluta per scaglioni di capitale	***Esempio 2) Franchigia 5%_Relativa assorbibile***
Massimale: € 150.000	Massimale: € 150.000
Grado di IP accertato: **25**%	Grado di IP accertato: **25**%
• Franchigia operante: fino al capitale **250.000**€ franchigia applicata **5**%	• Franchigia operante: per IP maggiore del **15**% la franchigia non viene più dedotta
Indennizzo liquidabile: (25% - 5%) * 150.000 = € 30.000	Indennizzo liquidabile: 25%*150.000 = € 37.500
Importo da Liquidare: € 30.000	**Risarcimento**: € 37.500

***Garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE*- ESEMPIO DI APPLICAZIONE DI MASSIMALE e SCOPERTO**

Esempio 1) Spesa accertamento diagnostico in assenza di ricovero: € 1.000	***Esempio 2)*** Spesa accertamento diagnostico in assenza di ricovero: € 400
Massimale: € 2.500	Massimale: € 2.500
Scoperto: **10**%, con il minimo non indennizzabile di **€ 50**	Scoperto: **10**%, con il minimo non indennizzabile di **€ 50**
Importo di Scoperto: (1.000€*10%) = € **100** *(superiore a scoperto minimo)*	Importo di Scoperto: (400€*10%) = € **40** ***(inferiore a scoperto minimo)***
Rimborso: € 1.000 - € 100 (*scoperto calcolato*) = € **900**	**Rimborso**: € 400 - € 50 (Scoperto minimo) = € **350**

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni particolari.

Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

Il "dato personale" è "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato")". Ai fini della presente Informativa il Titolare tratta i seguenti dati personali: nome, cognome, indirizzo, e-mail, numero telefonico, codice fiscale o P. IVA dell'interessato e dei soggetti da lui indicati per la copertura assicurativa. Oltre alle categorie di dati indicati potranno anche essere trattati, previo consenso espresso dell'interessato, anche per conto degli altri soggetti inclusi nella copertura assicurativa, dati relativi allo stato di salute di cui all'art. 9 (dati sanitari) del GDPR tramite un meccanismo di acquisizione del consenso direttamente dai soggetti assicurati diversi dal contraente.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere all'elaborazione di preventivi Assicurativi, sulla base delle informazioni ricevute - Art. 6, par. 1, lett. b) GDPR;
- Procedere alla valutazione dei requisiti per l'assicurabilità dei soggetti interessati alla stipula del contratto - Art. 6, par. 1, lett. b) GDPR;
- Procedere alla conclusione, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti:
  - per i dati comuni: Art. 6, par. 1, lett. b) e lett. c) GDPR;
  - per i dati sanitari: Art. 9, par. 2, lett. a) GDPR (consenso esplicito dell'interessato);
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità:
  - per i dati comuni: Art. 6, par. 1, lett. c) GDPR;
  - per i dati sanitari: Art. 9, par. 2, lett. a) GDPR (consenso) e/o Art. 9, par. 2, lett. g) GDPR (Codice Assicurazioni Private e normativa IVASS), ove applicabile;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio accertamento, esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria:
  - per i dati comuni: Art. 6, par. 1, lett. f) GDPR;
  - per i dati sanitari: Art. 9, par. 2, lett. f) GDPR.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, inclusi i dati particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Vostri dati personali sono sottoposti a trattamento in formato sia cartaceo che elettronico. Il titolare non effettua processi decisionali automatizzati né profilazione ai sensi dell'art. 22 del Regolamento.

4. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati può essere:

a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile)

b) Strettamente necessario alla redazione di preventivi assicurativi;

c) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

5. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra esposte saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. I dati relativi all'esecuzione del contratto sono conservati per 10 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale, in conformità ai termini di prescrizione ordinari di cui all'art. 2946 c.c.; i dati fiscali e contabili sono conservati per 10 anni ai sensi degli artt. 22 e 43 d.p.r. 600/1973. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati. I dati sanitari di cui all'art. 9 GDPR sono conservati per il periodo strettamente necessario all'esecuzione del contratto assicurativo e alla gestione dei sinistri correlati. Ove necessari per l'adempimento di obblighi di legge o per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di diritti in sede giudiziaria, potranno essere conservati nei limiti dei termini di prescrizione applicabili e comunque non oltre il termine di 10 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale.

6. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti autorizzati al trattamento;
- A intermediari assicurativi per finalità di conclusione gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento per le attività di intermediazione, ovvero di responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR per le attività svolte su specifico mandato del Titolare;
- A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare, nella loro qualità di responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR;
- A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscriva specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo nella loro qualità di autonomi titolari.

7. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 2 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a:

- terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento;
- società di servizi informatici e società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing, nella loro qualità di responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR;
- altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria per legge.

8. DIFFUSIONE

I dati personali di cui alla presente informativa non sono soggetti a diffusione.

9. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessato, Lei ha il diritto di esercitare in qualsiasi momento i seguenti diritti nei confronti del Titolare del trattamento:

- Diritto di accesso (art. 15 GDPR): ottenere conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che La riguardano e, in tal caso, ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati trattati, destinatari o categorie di destinatari cui i dati sono stati o saranno comunicati, periodo di conservazione previsto, esistenza di processi decisionali automatizzati.
- Diritto di rettifica (art. 16 GDPR): ottenere la rettifica dei dati personali inesatti che La riguardano e l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- Diritto alla cancellazione ("diritto all'oblio") (art. 17 GDPR): ottenere la cancellazione dei dati personali che La riguardano, nei casi previsti dalla norma, tra cui: i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per cui sono stati raccolti; il consenso è revocato e non sussiste altra base giuridica; i dati sono stati trattati illecitamente. Tale diritto non si applica nella misura in cui il trattamento sia necessario per l'adempimento di un obbligo legale o per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di diritti in sede giudiziaria.
- Diritto di limitazione del trattamento (art. 18 GDPR): ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi previste dalla norma, tra cui: contestazione dell'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla verifica; trattamento illecito con opposizione alla cancellazione; dati non più necessari ma richiesti per l'accertamento, esercizio o difesa di diritti in sede

giudiziaria; opposizione al trattamento ex art. 21, par. 1, in attesa della verifica circa la prevalenza dei motivi legittimi del Titolare.

- Diritto di notifica ai destinatari (art. 19 GDPR): il Titolare notifica a ciascuno dei destinatari cui i dati personali sono stati comunicati le eventuali rettifiche, cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate ai sensi degli artt. 16, 17 e 18, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Su Sua richiesta, il Titolare La informa in merito a tali destinatari.
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR): ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che La riguardano forniti al Titolare, nonché trasmetterli a un altro titolare del trattamento, nei casi in cui il trattamento sia basato sul consenso o su contratto e venga effettuato con mezzi automatizzati.
- Diritto di opposizione (art. 21 GDPR): opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che La riguardano basato sull'art. 6, par. 1, lett. e) o f) GDPR. Il Titolare si asterrà dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti che prevalgono sugli interessi, i diritti e le libertà dell'interessato, oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di diritti in sede giudiziaria. Qualora i dati personali siano trattati per finalità di marketing diretto, Lei ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento a tale trattamento senza necessità di fornire alcuna motivazione (art. 21, par. 2 GDPR).
- Diritto di revoca del consenso (art. 7, par. 3 GDPR): revocare in qualsiasi momento il consenso al trattamento dei dati personali, ove questo costituisca la base giuridica del trattamento, incluso il consenso al trattamento dei dati sanitari ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) GDPR. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Il Titolare La informerà delle eventuali conseguenze contrattuali, inclusa l'impossibilità di mantenere attive le coperture assicurative che richiedono il trattamento di tali dati.
- Diritto di proporre reclamo (art. 77 GDPR): proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali (sito: www.garanteprivacy.it ; indirizzo: Piazza Venezia n. 11, 00187 Roma), qualora ritenga che il trattamento dei dati personali che La riguardano violi il Regolamento.
- Diritto di ricorso giurisdizionale (art. 79 GDPR): adire l'autorità giudiziaria competente qualora ritenga che i Suoi diritti ai sensi del Regolamento siano stati violati a seguito di un trattamento non conforme.

11. MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una e-mail a dpo@globalassistance.it , una PEC o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

12. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è:
Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.
Piazza Armando Diaz n. 6 - 20123 – Milano
E-mail: global.assistance@globalassistance.it
PEC: globalassistancespa@legalmail.it