CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI
FAMIGLIA PROTETTA

FAMIGLIA PROTETTA

Il presente Fascicolo informativo, contenente:
a) Nota informativa, comprensiva del glossario;
b) Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

FONDIARIA - SAI S.p.A.
Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 Torino - www.fondiaria-sai.it

GRUPPO FONDIARIA SAI

GRUPPO SAI FONDIARIA divisione FONDIARIA

GRUPPO FONDIARIA SAI

GRUPPO SAI FONDIARIA divisione FONDIARIA

NOTA INFORMATIVA
Prodotto Famiglia Protetta

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

FONDIARIA-SAI S.p.A., società per azioni di diritto italiano, è la società capogruppo del Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030).
Sede Legale e Direzione in Torino (Italia): 10126 - Corso Galileo Galilei, 12; tel. (+39) 0116657111.
Direzione di Firenze: 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1; tel. (+39) 05547941.
Sito Internet: www.fondiaria-sai.it.
Email: fondiaria-sai@fondiaria-sai.it

La società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base al D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; è iscritta alla sez. I dell'Albo delle imprese di assicurazione presso l'Isvap al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa *(dati aggiornati a 04.2011)*

In base all'ultimo bilancio approvato il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.822.481.345, con capitale sociale pari ad € 167.043.712 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 1.655.437.633.
L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 209,6%.

Gli eventuali aggiornamenti, non derivanti da innovazioni normative, alle informazioni contenute nella presente Nota sono pubblicati sul sito della società *www.fondiaria-sai.it*.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

GLOSSARIO

Le definizioni di cui al presente Glossario riprendono quelle contenute nelle condizioni di assicurazione:

Parte generale

Assicurato
Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal contratto.

Contraente
Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.

Day hospital
La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per Prestazioni chirurgiche e mediche che siano:
· riferite a sole terapie ***(con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva)***;
· documentate da cartella clinica;
· praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate;
· effettuate con la presenza continua, nella struttura, di un medico.

Franchigia
La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo o Indennità
La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.

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

Istituto di cura
L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura privata (convenzionata o no con il Servizio Sanitario Nazionale) regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, ***esclusi, comunque, stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, case di riposo.***

Lesione Grave
· Ematomi extradurali e sottodurali;
· Fratture complete del mascellare tipo Lefort 3°
· Lembo mobile (Volet) parietale anteriore da fratture costali multiple con respirazione paradossa;
· Rottura della trachea;
· Rottura dei grossi bronchi;
· Rottura dell'esofago;
· Rottura del diaframma;
· Rottura dello stomaco e dell'intestino;
· Rottura parenchino-capsulare del fegato;
· Rottura del pancreas;
· Lesione del plesso branchiale;
· Fratture-lussazioni vertebrali con compressione midollare;
· Fratture scomposte del cotile con lussazione della testa femorale;
· Fratture-lussazioni esposte del ginocchio;
· Ustioni di I e II grado che superino il 60% della superfice corporea;
· Ustioni di III grado che superino il 20% della superfice corporea;
· Amputazione omero, avambraccio, mano;
· Amputazione femore, gamba, piede.

Polizza
Il documento che prova l'assicurazione.

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

Ricovero
La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Sinistro
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società
L'impresa assicuratrice

Servizio Assistenza

Centrale Operativa
E' la struttura di Pronto Assistance Servizi S.p.A. - via Carlo Marenco, 25 TORINO, costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le Prestazioni previste in Polizza.

Prestazioni
Le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

PRONTO SALUTE
È il servizio fornito dalla Società avvalendosi della Centrale Operativa di Pronto Assistance Servizi S.p.A.

Sinistro
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assistenza.

Il contratto viene offerto con tacito rinnovo annuale, con possibilità però per il Contraente e la Società di accordarsi ai fini del non tacito rinnovo.
AVVERTENZA: in caso di stipula con tacito rinnovo la disdetta deve essere comunicata dalla parte recedente all'altra parte con lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 9 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

3. <u>Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni</u>
Il contratto garantisce una copertura Infortuni nonché l'erogazione di prestazioni di Assistenza:
- *Infortuni*. Offre all'Assicurato una copertura dedicata per i rischi extraprofessionali e per quelli legati alla circolazione (stradale, marittima, lacuale e fluviale) compresi i rischi derivanti dallo svolgimento di particolari sport. Offre in caso di Infortunio la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti garanzie:
    - *Morte*, con pagamento della somma assicurata ai beneficiari designati in Polizza o, in loro mancanza, agli eredi.
    - *Invalidità Permanente*, con pagamento dell'intera somma assicurata per i casi di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% della totale. Negli altri casi, il pagamento dell'Indennizzo varia a seconda della percentuale di

Invalidità Permanente accertata e della somma assicurata indicata in Polizza, distinguendo tra somme assicurate fino a Euro 60.000, somme assicurate superiori a Euro 60.000 e fino a Euro 160.000 e somme assicurate eccedenti tale limite (si veda in particolare la tabella 1 di cui all'art. 24 "Valutazione dell'Invalidità Permanente", l'art. 25 "Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente e relative Franchigie" e l'art. 26 "Franchigie per i rischi sportivi" del capitolo 2 "Condizioni generali").

- *Indennità giornaliera per Ricovero in Istituto di cura e Indennità giornaliera per convalescenza*, con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di Ricovero fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio (e un massimo di 30 giorni per la convalescenza).
- *Rimborso spese di cura*, con pagamento - fra le altre voci di spesa - di onorari medici, rette di degenza, accertamenti diagnostici, terapie fisiche e acquisto / noleggio di protesi.
- *Lesione Grave*, offre una copertura speciale nel caso in cui l'Assicurato riporti una delle lesioni indicate nelle condizioni di assicurazione (si veda in particolare la tabella 2 di cui all'art. 31 "Lesione Grave" del Capitolo 2 "Condizioni generali").
- *Garanzie speciali* (Sempre operanti), sono coperture dedicate a tutelare maggiormente e in maniera specifica i beneficiari minorenni ("Garanzia speciale per beneficiari minorenni al momento di un Infortunio che causi la morte di entrambi i genitori") gli studenti ("Garanzia speciale Indennità studenti per perdita anno scolastico") e che offrono la possibilità di accensione di una speciale Rendita Vitalizia ("Opzione per accensione di una Rendita Vitalizia Immediata Rivalutabile in caso di Invalidità Permanente"), previste dal capitolo 3 "Garanzie speciali" delle condizioni di assicurazione.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto al capitolo 2 "Condizioni generali", 3 "Garanzie speciali" e 4 "Condizioni particolari", delle condizioni di assicurazione.

- *Servizio Assistenza* (Sempre operante) Garantisce all'Assicurato a tutela della sua persona prestazioni di aiuto immediato (quali l'invio di personale medico, le consulenze specialistiche telefoniche, il trasferimento / rientro sanitario e varie altre) secondo quanto indicato al paragrafo "Norme che regolano il Servizio Assistenza" del Capitolo "Servizio Assistenza" delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'interno dei capitoli 2, 3, 4 - "Condizioni generali", "Garanzie speciali", "Condizioni particolari" e "Servizio Assistenza" delle condizioni di assicurazione.
Segnaliamo che le coperture assicurative restano sospese ai sensi del primo e del secondo comma dell'articolo 1901 codice civile in caso di mancato pagamento del Premio; per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 3 "Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.
AVVERTENZA: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo nonché Franchigie (espresse in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
La Franchigia può variare a seconda delle somme assicurate e della quantificazione del danno accertato; può inoltre essere "relativa", scomparendo dall'Indennizzo una volta che venga superata dal danno accertato (e quindi l'Indennizzo risulta integrale)

oppure "assoluta", venendo cioè in ogni caso detratta dall'Indennizzo riconosciuto all'Assicurato.
Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto nelle condizioni di assicurazione all'interno del capitolo 2 "Condizioni generali" e nella scheda di Polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione della Polizza.
Esempio di Franchigia assoluta: somma assicurata dedicata a una sola persona indicata in Polizza pari a Euro 50.000, Invalidità Permanente pari al 10%, Franchigia pari al 5%, Indennizzo pari a Euro 2.500.
Esempio di Franchigia relativa: somma assicurata pari a Euro 100.000, Invalidità Permanente pari al 50%, Franchigia relativa pari al 5%, Indennizzo pari a Euro 50.000.
Esempio di Franchigia variabile a seconda della somma assicurata e del danno accertato (vedasi art. 25 Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente e relative Franchigie del capitolo 2 Condizioni generali): somma assicurata pari a Euro 150.000, Invalidità Permanente pari al 10%, fino a Euro 60.000 di somma assicurata Franchigia pari a 0 e Franchigia al 5% sulla parte di somma assicurata eccedente Euro 60.000, Indennizzo pari a Euro 10.500 (10% x 60.000 + 5% x 90.000).
Esempio di limite di Indennizzo: somma assicurata per "Rimborso spese di cura" pari a Euro 10.000; spese di cura per interventi di plastica ricostruttiva pari a Euro 3.500, limite di Indennizzo pari al 30% della somma assicurata per il "Rimborso spese di cura", Indennizzo pari a Euro 3.000.
AVVERTENZA: L'Assicurazione opera in favore del Contraente e di tutti i componenti il nucleo familiare del Contraente stesso che risultino presenti nel suo stato di famiglia al momento del Sinistro, di età inferiore a 75 anni; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'interno del capitolo 2 "Condizioni generali", art. 13 "Persone assicurate".

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione e gli altri effetti previsti dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato/Contraente deve comunicare in forma scritta alla Società ogni aggravamento del Rischio, pena la possibile perdita del diritto all'Indennizzo o sua riduzione o la cessazione del contratto stesso ai sensi dell'art. 1898 del codice civile. E' altresì possibile comunicare l'avvenuta diminuzione del Rischio: in tal caso la Società è tenuta a ridurre il Premio, o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.
Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli artt. 6 "Aggravamento del Rischio", 7 "Diminuzione del Rischio" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale e 22 "Risoluzione dell'Assicurazione" delle Condizioni generali.
A titolo esemplificativo costituisce aggravamento di Rischio la sopravvenienza per l'Assicurato (nel corso della durata del contratto) di un'affezione da tossicodipendenza, restando stabilito che in tal caso l'Assicurazione cessa automaticamente.

6. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale.
Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e

dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.
Il Premio annuo lordo non può essere inferiore a Euro 50.
Il Premio può essere frazionato in rate semestrali (con aumento del 2% sul Premio annuo lordo). L'eventuale frazionamento è indicato nella scheda di Polizza.
AVVERTENZA: Qualora siano concedibili sconti di Premio sul singolo contratto l'intermediario illustra al Contraente le condizioni di applicabilità degli stessi.
Se la Polizza è stipulata con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in scheda di Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (art. 1899, 1° comma, del codice civile).

7. Adeguamento del Premio e delle Somme Assicurate

E' facoltà delle parti adeguare le somme assicurate e i Premi all'"Indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'ISTAT. Non sono soggette ad adeguamento le Franchigie. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 35 "Indicizzazione" del capitolo 2 "Condizioni generali" e dal punto "A) – Invariabilità delle somme assicurate" del capitolo 4 "Condizioni particolari".

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA: In caso di Sinistro il Contraente e la Società possono recedere dal contratto, nel rispetto dei termini e delle modalità di cui all'art. 8 "Recesso in caso di Sinistro" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.
Se il contratto è stato stipulato con durata pluriennale il Contraente ha comunque facoltà di recedere, trascorsi cinque anni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni (art. 1899, 1° comma, del codice civile).

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.
L'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, oppure alla Società, entro 3 giorni da quando si è verificato il Sinistro ovvero da quando è cessata l'eventuale causa di forza maggiore che ha impedito l'avviso, o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i Beneficiari ne abbiano avuto la possibilità, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art. 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla legge italiana se il rischio è ubicato in Italia.
E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

11. Regime fiscale

Nel contratto si applicano sul Premio imponibile aliquote fiscali diversificate a seconda della garanzia pattuita nella misura prevista dalla normativa vigente e indicata nella scheda di Polizza.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA: Il Sinistro si intende avvenuto al verificarsi dell'Infortunio. Il Contraente/Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro alla Società o all'intermediario entro 3 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne ha avuto la possibilità. In caso di Sinistro per il quale sia attivata una garanzia del quadro "Infortuni"potrà essere richiesta la visita medica presso un professionista fiduciario della Società. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto dall'art. 33 "Denuncia di Sinistro" del capitolo 2 "Condizioni generali" e dal capitolo "Consigli utili in caso di Sinistro.

Per la garanzia "Assistenza" il Sinistro si intende avvenuto al manifestarsi di una situazione di difficoltà a seguito di Infortunio tra quelli previsti in Polizza. Per ottenere l'Assistenza l'Assicurato deve telefonare alla Centrale operativa ai recapiti e secondo le modalità indicati dall'art. 42 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" delle Norme che regolano il Servizio Assistenza.

AVVERTENZA: Relativamente ai Sinistri del ramo Assistenza la gestione viene affidata dalla Società a Pronto Assistance Servizi S.p.A.. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura si rinvia a quanto previsto dall'art. 42 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" delle Norme che regolano il Servizio Assistenza.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a:

Società: Fondiaria-Sai S.p.A.

Funzione: Relazioni Esterne e Comunicazione - Servizio Clienti

Indirizzo: Corso Galileo Galilei, 12 – 10126 Torino

Fax: (+39) 011-6533745

Email: servizio.reclami@fondiaria-sai.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 – 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331, corredando l'esposto con la copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo deve inoltre contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'ISVAP.

Fatta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti o, comunque, di adire l'Autorità Giudiziaria (in tal caso il reclamo esula dalla competenza dell'ISVAP), si ricorda che per eventuali reclami riguardanti la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante, avente domicilio in Italia, può presentare il reclamo all'ISVAP oppure direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito *internet:*

http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/index en.htm
chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

14. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro e su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'art. 34 "Controversie - Arbitrato irrituale" del capitolo 2 "Condizioni generali".
Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
AVVERTENZA: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

Fondiaria-SAI s.p.a. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
FONDIARIA - SAI S.p.A.
L'AMMINISTRATORE DELEGATO E DIRETTORE GENERALE
Dr. Emanuele Erbetta

Data aggiornamento Nota Informativa (escluso paragrafo A.2): 01.2012

FAMIGLIA PROTETTA - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

Definizioni

1 Norme che regolano l'assicurazione in generale

1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
2 Altre assicurazioni
3 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia
4 Frazionamento del Premio
5 Modifiche dell'assicurazione
6 Aggravamento del rischio
7 Diminuzione del rischio
8 Recesso in caso di Sinistro
9 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
10 Oneri fiscali
11 Rinvio alle norme di legge

2 Condizioni generali

12 Oggetto dell'assicurazione
13 Persone assicurate
14 Garanzie e somme assicurate
15 Servizio militare
16 Occasioni di guerra o di insurrezioni all'estero
17 Rischio volo
18 Esclusioni
19 Rischi sportivi
20 Morte
21 Morte presunta
22 Risoluzione dell'assicurazione
23 Estensione territoriale
24 Valutazione dell'Invalidità Permanente
25 Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente e relative franchigie
26 Franchigia per rischi sportivi
27 Ernie addominali traumatiche
28 Anticipo sulla liquidazione per Invalidità Permanente
29 Indennità giornaliera per Ricovero in Istituto di cura e Indennità giornaliera per convalescenza
30 Rimborso spese di cura
31 Lesione Grave
32 Minorazioni preesistenti
33 Denuncia di Sinistro
34 Controversie - Arbitrato irrituale
35 Indicizzazione
36 Rinuncia all'azione di rivalsa
37 Validità dell'assicurazione indipendentemente da ogni obbligo di legge

3 Garanzie speciali

Garanzia speciale per beneficiari minorenni al momento di un Infortunio che causi la morte di entrambi i genitori
Garanzia speciale Indennità studenti per perdita anno scolastico
Opzione per accensione di una Rendita Vitalizia Immediata Rivalutabile in caso di Invalidità Permanente

4 Condizioni particolari

A) Invariabilità delle somme assicurate
B) Diversa ripartizione tra le persone assicurate delle somme in garanzia
C) Raddoppio delle somme assicurate per morte ed Invalidità Permanente in caso di Infortunio conseguente a circolazione stradale

Servizio Assistenza

Definizioni

Norme che regolano il Servizio Assistenza

38 Oggetto delle Prestazioni
39 Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni
40 Limiti e modalità di intervento
41 Diritti
42 Istruzioni per la richiesta di assistenza

Consigli utili in caso di Sinistro

Definizioni

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal contratto.

Contraente Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.

Day hospital La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per Prestazioni chirurgiche e mediche che siano:
- riferite a sole terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate;
- effettuate con la presenza continua, nella struttura, di un medico.

Franchigia La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo o Indennità La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.

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

Istituto di cura L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura privata (convenzionata o no con il Servizio Sanitario Nazionale) regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, esclusi, comunque, stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, case di riposo.

Polizza Il documento che prova l'assicurazione.

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

Ricovero La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Sinistro Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società L'impresa assicuratrice.

1 Norme che regolano l'assicurazione in generale

1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle 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 articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

2 Altre assicurazioni

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

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'Indennizzo.

3 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (articolo 1901 C.C.).

I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società.

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

4 Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il frazionamento del medesimo. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo e impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio in arretrato.

5 Modifiche dell'assicurazione

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

6 Aggravamento del rischio

Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 C.C.

7 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio, o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'articolo 1897 C.C.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

8 Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo/rimborso, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tal caso la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

9 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore all'anno, è rinnovato per una durata pari ad un anno, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

10 Oneri fiscali

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

11 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

2 Condizioni generali

12 Oggetto dell'assicurazione

La Società, alle Condizioni che seguono, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati nella scheda di Polizza, al verificarsi di un Infortunio anche se dovuto a colpa grave, oppure a stato di malore o di incoscienza - che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale, inclusa l'attività familiare, di vita di relazione e del tempo libero - quali ad esempio quelli causati da:

- attività domestiche;
- lavori di manutenzione, riparazione, abbellimento, miglioramento della propria abitazione abituale o temporanea e del relativo arredamento, effettuati per hobby anche con uso di macchine a motore;
- lavori di giardinaggio e di orticoltura effettuati per hobby, anche con uso di macchine a motore da giardino o da orto;
- hobbies anche con uso di macchine a motore;
- eventi avvenuti durante la partecipazione, in qualità di studente o alunno, ad attività scolastiche e/o culturali;
- guida di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, velocipedi.

L'assicurazione è altresì valida per gli Infortuni che l'Assicurato subisca, anche durante lo svolgimento di attività professionale, in qualità di:

- pedone;
- passeggero di tutti i mezzi di locomozione pubblici o privati, terrestri, marittimi, fluviali, lacuali, escluso però i ciclomotori;
- guidatore di autovetture, campers, motoveicoli, ciclomotori, velocipedi ed autocarri di peso complessivo a pieno carico non superiore ai 35 quintali, nonchè di natanti ad uso privato o da diporto.

Sono inoltre compresi in garanzia gli Infortuni causati da:

- atti dolosi di terzi, ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana.

Sono considerati Infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'involontario avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'infezione ed avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- i colpi di sole o di calore;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- le ernie addominali traumatiche, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, come previsto dal successivo art. 27.

13 Persone assicurate

La presente assicurazione è prestata a favore di tutti i componenti del nucleo familiare del Contraente che risultino, al momento del Sinistro, iscritti nel certificato di stato di famiglia del Contraente medesimo.
Non sono assicurate le persone oltre i 75 anni di età, o quelle che rientrano nelle eventuali esclusioni previste nella scheda di Polizza.

14 Garanzie e somme assicurate

L'assicurazione vale per le garanzie e le somme previste dalla combinazione prescelta dal Contraente nella scheda di Polizza, restando inteso che:

a) le somme assicurate per ciascuna persona sono quelle che si ottengono dividendo quelle relative alla combinazione prescelta - rispettivamente per morte, per Invalidità Permanente, per Indennità di Ricovero e convalescenza - per il numero delle persone assicurate al momento dell'Infortunio;

b) per ciascun evento le Indennità liquidabili per morte, Invalidità Permanente, Indennità di Ricovero e convalescenza, non potranno superare i massimali rispettivamente assicurati con la combinazione prescelta, i quali rappresentano la massima esposizione della Società.

15 Servizio militare
L'assicurazione vale, limitatamente ai casi di morte ed Invalidità Permanente, anche per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in tempo di pace durante il servizio militare di leva o servizio sostitutivo dello stesso, nonchè a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni.

16 Occasioni di guerra o di insurrezioni all'estero
L'assicurazione vale anche per gli Infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata e non) o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, a condizione che non vi abbia preso parte attiva.
La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.

17 Rischio volo
L'assicurazione è estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:
- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aereoclub.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende incominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.
La garanzia di cui al presente articolo non è operante nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno.

18 Esclusioni
Restano esclusi dall'assicurazione gli Infortuni determinati da:
a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
b) pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dall'art. 17, nonchè guida ed uso di mezzi subacquei;
c) pratica di attività sportive, relative prove ed allenamenti, salvo quanto previsto all'art. 19;
d) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
e) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
f) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dall'art. 16;
g) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti e inondazioni;
h) trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza di Infortunio.

19 Rischi sportivi
La garanzia è operante con le limitazioni e le esclusioni previste ai successivi punti **A** e **B**, per la pratica di sport effettuata nel tempo libero e che non abbia carattere professionale, inclusa:
- la partecipazione a gare aziendali o interaziendali;
- la partecipazione a gare competitive e relativi allenamenti di:
  - podismo;
  - bocce;
  - pesca non subacquea;
  - golf;
  - tiro;
  - scherma;
  - tennis;
  - surf e windsurf.

A) Con riguardo alla pratica degli sport di seguito elencati, la garanzia è operante per i soli casi di morte, Invalidità Permanente ed Indennità di Ricovero e nei limiti del 30% delle rispettive somme assicurate:
- alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco;
- rubgy;
- football americano;
- hockey;

- atletica pesante;
- lotta nelle sue varie forme;
- immersioni con autorespiratore;
- partecipazione a corse o gare - e relative prove ed allenamenti - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo e di arti marziali, non aventi carattere aziendale o interaziendale e organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinate dagli stessi.

B) Sono invece esclusi dalla garanzia gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport:
- pugilato;
- free-climbing (arrampicata libera);
- salto dal trampolino con sci ed idrosci;
- sci estremo;
- sci acrobatico;
- bob;
- speleologia;
- paracadutismo e sport aerei in genere;
- canoa fluviale oltre il 3° grado;
- rafting;
- gare motoristiche in genere e relative prove.

20 Morte

La somma assicurata per il caso di morte dovuta se la morte stessa si verifichi anche successivamente alla scadenza della Polizza entro due anni dal giorno dell'Infortunio.
Tale somma viene corrisposta ai beneficiari designati o, in difetto di tale designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
La somma assicurata per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.
Tuttavia, se dopo il pagamento di detto Indennizzo, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma loro spettante per la morte dell'Assicurato, se superiore, e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per Invalidità Permanente.

21 Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile, a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società pagherà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, il capitale previsto in caso di morte; il pagamento del predetto capitale avverrà decorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (art. 60 n. 3 e 62 C.C.), mentre, in caso di affondamento o naufragio oppure di caduta di aeromobile, il pagamento avverrà decorsi sei mesi dal Sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (art. 211 e 838 Codice della Navigazione).
Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

22 Risoluzione dell'assicurazione

Qualora nel corso della durata del contratto l'Assicurato manifesti una delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta stabilito che l'assicurazione cessa automaticamente.
La Società rimborsa la parte di Premio, al netto di imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

23 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

24 Valutazione dell'Invalidità Permanente

L'Assicurato avrà diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente a condizione che l'invalidità stessa si manifesti entro due anni dall'Infortunio.

La valutazione dell'Invalidità Permanente sarà effettuata in base alla **TABELLA 1** ***"Valutazione dell'Invalidità Permanente"***.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale di organi o arti, le percentuali della tabella vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

La perdita totale anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Per i casi non previsti dalla tabella, il grado di Invalidità Permanente sarà stabilito in analogia ai casi elencati nella tabella stessa, tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

TABELLA 1

VALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE

Perdita totale, anatomica o funzionale	**Percentuale di I.P.**
un arto superiore	70
una mano o un avambraccio	60
un pollice	18
un indice	14
un medio	8
un anulare	8
un mignolo	12
una falange del pollice	9
una falange di altre dita della mano	(1/3 del dito)
un piede	40
ambedue i piedi	100
un alluce	5
un altro dito del piede	1
una falange dell'alluce	2,5
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50
un occhio	25
ambedue gli occhi	100
un rene	15
sordità completa di un orecchio	10
sordità completa di ambedue gli orecchi	40
perdita totale della voce	30
esiti di frattura scomposta di una costa	1
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12
- una vertebra dorsale	5
- 12ª dorsale	10
- una vertebra lombare	10

25 Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente e relative franchigie

La somma assicurata viene corrisposta per intero nel caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% della totale, mentre per Invalidità Permanente inferiore al 60% della totale viene corrisposta, in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i seguenti parametri:

- se il grado di Invalidità Permanente accertato supera il 30% della totale, l'Indennizzo viene determinato ai sensi dell'art. 24 senza deduzione di alcuna Franchigia , quale che sia la somma assicurata;
- qualora, invece, il grado di Invalidità Permanente accertato sia pari o inferiore al 30% della totale, l'Indennizzo dovuto per Invalidità Permanente verrà determinato come segue:

a) sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000,00 l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado percentuale di Invalidità Permanente accertato;

b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 60.000,00 e fino a € 160.000,00 l'Indennizzo verrà liquidato con applicazione di una Franchigia assoluta di 5 punti sul grado di Invalidità Permanente accertato;

c) sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 l'Indennizzo verrà liquidato con applicazione di una Franchigia assoluta di 10 punti sul grado di Invalidità Permanente accertato.

Resta infine stabilito che se al momento del Sinistro risultasse assicurata una sola persona, anche sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000,00 verrà applicata una Franchigia assoluta di 5 punti sul grado di Invalidità Permanente accertato.

26 Franchigia per i rischi sportivi

Per gli Infortuni derivanti dagli sport elencati al punto **A)** del precedente art. 19 - fermo restando i sottolimiti ivi previsti - ed in ogni caso per gli Infortuni derivanti dalla partecipazione a gare ed allenamenti di calcio, si applicano le norme e le franchigie previste nel precedente art. 25 con la variante che anche sulla prima parte fino a € 60.000,00 della somma assicurata per i rischi sportivi, verrà applicata una Franchigia assoluta di 5 punti sul grado di Invalidità Permanente accertato.

27 Ernie addominali traumatiche

Fermo quanto previsto dal successivo art. 32, la garanzia comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un Indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dal successivo art. 34.

28 Anticipo sulla liquidazione per Invalidità Permanente

L'Assicurato, trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, può richiedere alla Società il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile Indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la presunta percentuale di Invalidità Permanente stimata dalla Società, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 15%.

Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 60 giorni dalla richiesta dell'anticipo, salvo il diritto della Società alla restituzione qualora emergano successivamente fatti che comportino l'inoperatività della garanzia a termini di Polizza.

L'acconto non potrà comunque essere superiore a € 110.000,00 qualunque sia l'ammontare del Sinistro.

29 Indennità giornaliera per Ricovero in Istituto di cura e Indennità giornaliera per convalescenza

In caso di Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di Day hospital, reso necessario da Infortunio, la Società corrisponde l'Indennità convenuta per ogni giorno di Ricovero e per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio.

La Società corrisponde altresì in aggiunta un'Indennità di convalescenza nella misura prevista per l'Indennità di Ricovero, per un numero di giorni pari a quello del Ricovero stesso, con un massimo di 30 giorni per ogni Infortunio.

L'Indennità per convalescenza non viene riconosciuta in caso di Day hospital.

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che la giornata di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate un sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione.

30 Rimborso spese di cura

La Società assicura, nei limiti sottoindicati, il Rimborso delle spese di cura rese necessarie da Infortunio e sostenute:

a) per onorari medici e chirurgici, rette di degenza in Istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, accertamenti diagnostici, ticket, trasporto con qualsiasi mezzo di soccorso (compreso l'elicottero - elisoccorso) all'Istituto di cura o ad un centro attrezzato per il pronto soccorso;

b) per terapie fisiche, medicinali, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), entro il limite del 30% della somma assicurata per Rimborso spese di cura;

c) entro il limite del 30% della somma assicurata per:

- interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'Infortunio stesso;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici (comprese le protesi dentarie relativamente alla sostituzione di denti effettivamente avulsi ed esclusivamente per la prima applicazione), qualora l'Infortunio abbia comportato Invalidità Permanente ai sensi di Polizza. Sono comunque escluse le sostituzioni di precedenti protesi.

La somma assicurata per la presente garanzia, per persona e per anno assicurativo, è pari al 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente relativa a ciascun Assicurato.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a cure terminate su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi in originale.

Se l'Assicurato ha usufruito di assistenza sanitaria sociale o integrativa privata, la garanzia è operante per la parte di spesa a carico dell'Assicurato stesso.

La garanzia viene prestata con l'applicazione di una Franchigia assoluta di € 50,00 per ogni Infortunio.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'Infortunio.

31 Lesione Grave

In caso di Infortunio, indennizzabile ai sensi di Polizza, che comporti una delle lesioni indicate nella **TABELLA 2** ***"Lesione Grave"***, saranno dovute le seguenti Prestazioni:

A) l'Indennità assicurata per il Ricovero in Istituto di cura, è raddoppiata con il massimo di € 110,00 giornaliere;

B) in luogo dell'Indennità per Ricovero, l'Assicurato può scegliere il rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero stesso, comprese le rette di degenza, con l'esclusione di ogni altra spesa di natura alberghiera, fino alla concorrenza di 300 volte l'Indennità giornaliera convenuta nel frontespizio di Polizza e nel precedente art. 14 "Garanzie e somme assicurate".

TABELLA 2 **LESIONE GRAVE**

Deve intendersi "LESIONE GRAVE" una di quelle di seguito indicate:

- Ematomi extradurali e sottodurali;
- Fratture complete del mascellare tipo Lefort 3°
- Lembo mobile (Volet) parietale anteriore da fratture costali multiple con respirazione paradossa;
- Rottura della trachea;
- Rottura dei grossi bronchi;
- Rottura dell'esofago;
- Rottura del diaframma;
- Rottura dello stomaco e dell'intestino;
- Rottura parenchino-capsulare del fegato;
- Rottura del pancreas;
- Lesione del plesso branchiale;
- Fratture-lussazioni vertebrali con compressione midollare;
- Fratture scomposte del cotile con lussazione della testa femorale;
- Fratture-lussazioni esposte del ginocchio;
- Ustioni di I e II grado che superino il 60% della superfice corporea;
- Ustioni di III grado che superino il 20% della superfice corporea;
- Amputazione omero, avambraccio, mano;
- Amputazione femore, gamba, piede.

32 Minorazioni preesistenti
La Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti.

33 Denuncia di Sinistro
In caso di Sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, oppure alla Società, entro tre giorni da quando si è verificato il Sinistro, ovvero da quando è cessata l'eventuale causa di forza maggiore che ha impedito l'avviso.
Gli aventi diritto, in caso di morte dell'Assicurato, debbono darne avviso scritto entro tre giorni da quando ne siano venuti a conoscenza.

34 Controversie - Arbitrato irrituale
Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro nonchè su causa, natura e conseguenza dell'Infortunio, possono essere demandate dalle parti per iscritto 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 ove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato anche nel caso in cui questi non sia Contraente di Polizza.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del 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 salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

35 Indicizzazione
Le somme assicurate ed il Premio sono collegati all' "Indice generale nazionale del prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già indice del costo della vita)" pubblicato dall'ISTAT, in conformità a quanto segue:

- *a)* alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente a quello della sua data di effetto;
- *b)* alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento o quello dell'ultimo adeguamento e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente a quello di detta scadenza. Se si è verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento, le somme assicurate ed il Premio vengono aumentati o ridotti in proporzione;
- *c)* l'aumento o la riduzione decorrono dalla data di scadenza della rata annua, previo rilascio all'Assicurato di quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

I limiti delle somme oltre le quali si applicano le franchigie seguono l'andamento delle somme assicurate e del Premio.
Qualora l'indice venga a superare del 100% quello inizialmente stabilito, è facoltà di ciascuna delle Parti rinunciare all'adeguamento della Polizza lasciando invariati le somme assicurate ed il Premio in corso.

36 Rinuncia all'azione di rivalsa
La Società rinuncia ad ogni azioni di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro gli eventuali responsabili dell'Infortunio.

37 Validità dell'assicurazione indipendentemente da ogni obbligo di legge
L'assicurazione è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge e rimane in vigore anche nei casi in cui tale obbligo risulti o sia stabilito successivamente.

3 Garanzie speciali

(sempre operanti)

Garanzia speciale per beneficiari minorenni al momento di un Infortunio che causi la morte di entrambi i genitori
Fermo il disposto dell'art. 14 al punto b), in caso di morte, anche se non contemporanea, di entrambi i genitori assicurati in Polizza per il caso di morte, in conseguenza di un medesimo evento indennizzabile a termini di contratto, le quote di Indennità spettanti ai figli minori di 18 anni per la morte dei genitori stessi, verranno corrisposte in misura doppia, restando però inteso che il maggiore esborso della Società per il raddoppio delle predette quote di Indennità non potrà superare l'importo complessivo di € 110.000,00 qualunque sia il numero dei beneficiari minorenni.

Garanzia speciale Indennità studenti per perdita anno scolastico
All'Assicurato regolarmente iscritto ad una scuola pubblica o privata legalmente riconosciuta di istruzione primaria o secondaria che, in conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, abbia riportato una lesione che gli abbia comportato l'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, la Società garantisce il pagamento di una Indennità pari al 1% del capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente con il massimo di € 2.600,00.
Il pagamento dell'Indennità avverrà previa presentazione di dichiarazione rilasciata dall'Istituto scolastico o dal Provveditorato agli Studi dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenze dalle lezioni e previa dimostrazione, mediante certificazione medica, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

Opzione per accensione di una Rendita Vitalizia Immediata Rivalutabile in caso di Invalidità Permanente
L'Assicurato, qualora abbia diritto alla corresponsione dell'intera somma assicurata per Invalidità Permanente, può richiedere che la liquidazione del danno avvenga secondo il criterio seguente:

a) la Società corrisponderà il 50% dell'Indennizzo. La somma così determinata viene liquidata con un aumento del 20%;
b) la Società garantirà all'Assicurato stesso una rendita vitalizia mediante l'emissione di una Polizza vita RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA RIVALUTABILE, sulla sua persona ed in suo favore; il Premio unico lordo corrisponderà alla restante parte (50%) dell'Indennizzo spettante.

Il contratto sarà sottoscritto dall'Assicurato al momento della liquidazione del Sinistro.
L'importo della rendita sarà determinato in base all'età dell'Assicurato e mediante l'applicazione della tariffa in vigore a quel momento.

4 Condizioni particolari

(valide solo se espressamente rchiamate sulla scheda di Polizza)

A) Invariabilità delle somme assicurate
A deroga dell'art. 35 (Indicizzazione) delle Condizioni Generali, le somme assicurate ed il Premio rimangono invariati per tutta la durata della Polizza stessa nell'ammontare convenuto all'atto della sua stipulazione.

B) Diversa ripartizione tra le persone assicurate delle somme in garanzia
A parziale deroga dell'art. 14 punto a) rimane stabilito che le somme relative alla combinazione prescelta vengono, al momento del Sinistro, così ripartite:

- 50% al Contraente;
- 50% in parti uguali tra le altre persone assicurate identificate ai sensi dell'art. 13.

C) Raddoppio delle somme assicurate per morte ed Invalidità Permanente in caso di Infortunio conseguente a circolazione stradale
Si conviene che in caso di Infortunio conseguente a circolazione stradale, le somme assicurate per i casi di morte e Invalidità Permanente, ottenute secondo le disposizioni stabilite dall'art.14, si intendono raddoppiate, fermo però il limite previsto al punto ***b)*** del citato articolo.

Servizio Assistenza

Definizioni

Nel testo che segue si intende per:

Centrale Operativa E' la struttura di Pronto Assistance Servizi S.p.A. - via Carlo Marenco, 25 TORINO, costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le Prestazioni previste in Polizza.

Prestazioni Le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

PRONTO SALUTE È il servizio fornito dalla Società avvalendosi della Centrale Operativa di Pronto Assistance Servizi S.p.A.

Sinistro Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assistenza.

.

Norme che regolano il Servizio Assistenza

Il servizio "PRONTO SALUTE" è prestato dalla Società tramite la Centrale Operativa. Per avvalersi delle Prestazioni di "PRONTO SALUTE", l'Assicurato deve rivolgersi sempre alla Centrale Operativa secondo le modalità previste dall'art. 42.
Le Prestazioni di cui all'art. 38 lettere d), g), h), i), n), o) sono operanti quando, in conseguenza di un Sinistro verificatosi in un luogo ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato, determinano la richiesta di assistenza da parte dell'Assicurato dalla medesima località ove si è verificato il Sinistro.

38 Oggetto delle Prestazioni
Con il servizio "PRONTO SALUTE" sono garantite le Prestazioni di seguito specificate:

a) Consulenza medica telefonica
Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

b) Invio di un medico in Italia in caso d'urgenza
Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato in Italia necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare a spese della Società uno dei medici convenzionati.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

c) Trasporto in autoambulanza in Italia
Qualora a seguito di Infortunio l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 400 Km di percorso complessivo (andata/ritorno).

d) Rientro sanitario
Qualora, a seguito di Infortunio, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione, tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.
La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il Sinistro avvenga in paesi Europei.
La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.
Non danno luogo alla Prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

e) Segnalazione di un medico specialista all'estero
Qualora a seguito della Prestazione "Consulenza medica telefonica" di cui alla lettera **a)** che precede, si ravvisi la necessità per l'Assicurato all'estero di essere sottoposto ad una visita specialistica, la Centrale Operativa gli segnalerà un medico nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

f) Rientro con un familiare Assicurato
Qualora, in caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base a quanto previsto dalla precedente lettera **d)**, i medici della Centrale Operativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Centrale Operativa provvederà a far rientrare un familiare dell'Assicurato, con il mezzo utilizzato per il rientro sanitario dell'Assicurato stesso fino al luogo di Ricovero in Italia o alla sua residenza.
I relativi costi sono a carico della Società fino alla concorrenza massima di € 1.100,00 se il viaggio di rientro avviene dall'Italia e fino al massimo di € 1.600,00 se il viaggio di rientro avviene dai restanti Paesi.
La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro del familiare dell'Assicurato a spese della Società, ha il diritto di ottenere da quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

g) Viaggio di un familiare
Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, necessiti di un Ricovero in Istituto di cura e i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia, residente in Italia, un biglietto aereo classe economica, o ferroviario di prima classe di andata/ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato, tenendo la Società a proprio carico il costo del biglietto fino ad un massimo di € 1.600,00.

h) Accompagnamento dei minori
Qualora l'Assicurato in viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purchè assicurati, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito ad Infortunio, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia, residente in Italia, un biglietto aereo classe economica, o ferroviario prima classe di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.
Non sono previste le spese di soggiorno del familiare. La Società tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 1.100,00.
L'Assicurato deve comunicare, nominativo, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinchè la Centrale Operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

i) Rientro dell'Assicurato convalescente
Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di Ricovero in Istituto di cura per Infortunio, non sia in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un biglietto ferroviario, di prima classe, o aereo, di classe economica, per consentirgli di raggiungere la propria residenza, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.
La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

l) Invio di medicinali urgenti all'estero
Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (semprechè commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.
Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

m) Interprete a disposizione all'estero
Qualora l'Assicurato in caso di Ricovero in Istituto di cura per Infortunio trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete, assumendosene la Società i costi per un massimo di 8 ore lavorative.
La Prestazione non è operante nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa.

n) Rientro anticipato
Qualora l'Assicurato debba rientrare alla residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe (anche inviato successivamente), la Centrale Operativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo di linea, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.
La Prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Centrale Operativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato. Tali informazioni saranno documentate successivamente a richiesta della Centrale Operativa.

o) Anticipo spese di prima necessità
Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa anticiperà la somma provvedendo al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di € 1.100,00 per Sinistro. Qualora l'ammontare delle fatture superasse l'importo di € 1.100,00 la Prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.
L'importo delle fatture pagate dalla Centrale Operativa non potrà mai comunque superare la somma di € 2.600,00.

La Prestazione non è operante:
- nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Centrale Operativa garanzie bancarie ritenute da essa adeguate.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.
L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso.
Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente.

p) Informazioni e consigli telefonici
(Dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali)
Qualora l'Assicurato desideri avere informazioni relativamente a:
- viaggi e turismo (orari di treni, aerei, traghetti, orari di apertura mostre e musei);
- viaggi all'estero (vaccinazioni, profilassi, pratiche, documenti, passaporto, visti);
- consolati ed Enti per il Turismo;

la Centrale Operativa gli fornirà telefonicamente tutte le informazioni richieste.

39 Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero, nel corso di ciascun anno di validità del contratto, è di 60 giorni.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro.

Tutte le Prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- Infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonchè tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci nonchè dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- espianto e/o trapianto di organi.

Le Prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

40 Limiti e modalità di intervento

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, relative al servizio "PRONTO SALUTE", la Società non è tenuta a fornire indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Il diritto alle Prestazioni fornite dalla Società tramite il Servizio "PRONTO SALUTE" decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del Sinistro.

Ciascuna Prestazione non è fornita più di tre volte per Assicurato per ogni annualità assicurativa.

41 Diritti

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive, entro il termine tassativo di un anno dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla Prestazione (art. 2952 C.C.).

42 Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo:

al numero verde **800 - 250514**

oppure a numero urbano **011 - 6523200** - dall'estero **+39 011 6523200**

oppure se non può telefonare può inviare un fax al n. **011 65 86 52**

o un telex **al 225365 PAS TO I**

o un telegramma a

PRONTO ASSISTANCE SERVIZI
Via Carlo Marenco, 25
10126 TORINO

Alla prima chiamata l'Assicurato deve comunicare con precisione:

1. nome e cognome
2. tipo di assistenza di cui necessita
3. numero di Polizza preceduto dalla sigla **FOIF**
4. indirizzo del luogo in cui si trova
5. recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Centrale Operativa.

Fermo restando gli obblighi previsti nei precedenti articoli, la Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza. In ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni Prestazione dovrà sempre essere richiesta alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Consigli utili in caso di Sinistro

Per ottenere un rapido Indennizzo dei danni è necessario:

Inviare per raccomandata o presentare la denuncia del Sinistro, entro tre giorni da quando è avvenuto il fatto, **all'Agenzia della Società** presso la quale è stata stipulata la Polizza, indicando:

- generalità dell'infortunato;
- numero di Polizza;
- data, ora e luogo dell'Infortunio;
- cause e circostanze dello stesso.

Allegare alla denuncia un certificato medico nel quale siano descritti in dettaglio:

- natura delle lesioni;
- regione anatomica colpita;
- prognosi;
- eventuale Ricovero.

Se la guarigione non avviene nei termini di tempo indicati nella prognosi:

Inviare all'Agenzia della Società un certificato di proroga nel quale il medico indichi, in maniera circostanziata, i motivi per i quali ritiene necessario prolungare lo stato di infermità.

E' indispensabile inviare all'Agenzia della Società il certificato di stato di famiglia del Contraente che consenta così di determinare le somme assicurate per l'Assicurato.

Pagamento dell'Indennizzo

Invalidità Permanente

Qualora sia stata denunciata l'esistenza di postumi invalidanti, la Società si riserva di procedere alle visite di accertamento definitivo, dopo che sia trascorso il tempo necessario (normalmente 6-7 mesi) per la stabilizzazione dei postumi stessi.
Su espresso invito del medico fiduciario della Società, l'Assicurato dovrà sottoporsi alle visite di cui sopra.
In base alla documentazione raccolta, la Società procederà alla proposta di Indennizzo.

Per avere un anticipo nell'Indennizzo di Invalidità Permanente

Inviare, trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, e sempre che si ritenga la presunta Invalidità Permanente superiore al 15% dell'invalidità totale, una lettera raccomandata con la richiesta di anticipo, indicando la data dell'Infortunio.
Se dagli accertamenti medici, cui l'Assicurato dovrà sottoporsi, risulterà che il grado di Invalidità Permanente è superiore al 15% dell'invalidità totale, la Società provvederà al pagamento di un acconto fino ad un massimo del 50% dell'Indennizzo presumibile.

Rimborso spese di cura

Inviare all'Agenzia della Società, a cure terminate, i documenti giustificativi in originale delle spese sanitarie sostenute.

Indennità giornaliera per Ricovero in Istituto di cura e Indennità giornaliera per convalescenza

Inviare all'Agenzia della Società l'originale della cartella clinica rilasciata dall'Istituto di cura.

Per il caso morte

Nel caso in cui le lesioni subite a seguito dell'Infortunio causino la morte dell'Assicurato, i beneficiari dovranno inviare immediatamente, per raccomandata, la denuncia del Sinistro indicando:

- generalità del deceduto;
- numero di Polizza;
- data, ora e luogo dell'Infortunio;
- cause e circostanze del decesso.

Successivamente:

- certificazione medico-sanitaria che precisi le cause del decesso;
- documentazione a supporto od a precisazione delle circostanze dell'Infortunio (testimonianze, atti penali, dichiarazione giurata dei testimoni, verbale dei Vigili Urbani o di Pubblica Sicurezza);
- atto notorio che indichi gli eredi legittimi dell'Assicurato e se lo stesso abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie (in caso affermativo occorre copia del testamento);
- certificato di non gravidanza, se tra i beneficiari figura la vedova con età al di sotto dei 45 anni;
- decreto del Giudice Tutelare competente che autorizzi il ricorrente alla riscossione della quota di Indennizzo di spettanza di minori o di eventuali nascituri, con esonero della Società da ogni responsabilità relativa al reimpiego della somma.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO