

Contratto di assicurazione per gli infortuni

Saradefender

Modello: 150IM **Edizione:** 07/2017

Set Informativo

Il presente Set Informativo contiene:

- DIP – Documento Informativo Precontrattuale
- DIP AGGIUNTIVO - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione

Modello: SINF150IM **Edizione:** 01/2019

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura una persona fisica contro gli infortuni.



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- ✓ delle attività professionali principali o secondarie dichiarate in polizza;
- ✓ di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

- ✓ l'asfissia non da origine morbosa;
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ✓ l'annegamento;
- ✓ l'assideramento od il congelamento;
- ✓ la folgorazione;
- ✓ le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- ✓ i colpi di sole, di calore o di freddo;
- ✓ gli infortuni subiti in stato di incoscienza o malore, purché non causati da stupefacenti, allucinogeni od alcolici;
- ✓ gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- ✓ gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi "volo", "Infortuni determinati da calamità naturali", "Infortuni causati da guerra, guerriglia, o insurrezione" del presente contratto, nei limiti e con le modalità ivi descritte.

Sono inoltre previste altre garanzie opzionali:

- Invalità permanente da malattia
- Malattie Gravi
- Tutela Legale
- Assistenza



Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere, forme maniaco depressive o stati paranoici.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- ! dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- ! da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ! da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! da suicidio e tentato suicidio;
- ! da guerre (dichiarate e non), guerriglia ed insurrezioni, salvo gli infortuni causati da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione, o da atti di terrorismo che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.;
- ! da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ! da atti di terrorismo verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, in Paesi nei quali erano già in corso, prima dell'arrivo dell'Assicurato, atti di belligeranza (come guerra, anche se non dichiarata, guerriglia, insurrezioni) e/o occupazioni militari.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

- ! di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore; si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" - amatoriali e non - all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali, ad esempio, autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.l.gs. 7 settembre 2005 n.209 e sue successive modificazioni;
- ! dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni attività comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto il "Rischio volo";
- ! dalla pratica di qualsiasi sport costituente per l'Assicurato attività professionale (principale o secondaria) o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta; dalla pratica dei seguenti sport: bob, sci estremo o acrobatico o sci alpinismo, snow-board fuori pista o acrobatico o estremo, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, salto dal trampolino con sci od idrosci, kite-surf, alpinismo o scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado della Scala di Monaco e/o svolti "in solitaria", Free-climbing (arrampicata libera o "in solitaria"), salto con l'elastico nel vuoto, speleologia, pugilato, football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, atletica pesante, immersioni con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- ! partecipazione a corse o gare - e relative prove od allenamenti - ippiche, ciclistiche, sciistiche, di arti marziali, triathlon, organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinati dagli stessi. ! Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia, le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo le "Lesioni Speciali".



Dove vale la copertura?

Per la garanzia infortuni l'ambito geografico di validità è tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Stipula del contratto - In sede di conclusione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato devono fornire tutte le informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società. 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 nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C..

Corso di contratto - Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c..

Altre assicurazioni - L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 c.c.. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza.

Il premio di polizza è annuale o frazionabile:

- Semestralmente, con un aumento del premio del 3%;
- Quadrimestralmente, con un aumento del premio del 4%;
- Trimestralmente, con un aumento del premio del 4,5%;
- Mensilmente (solo in caso di pagamento mediante utilizzo dell'Addebito Diretto SEPA) con un aumento del premio del 5%.

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso ai seguenti mezzi di pagamento:

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità;
- b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- d) utilizzo dell'Addebito Diretto SEPA, quale servizio di incasso del credito per premi basato su di un'autorizzazione continuativa conferita dall'Assicurato debitore alla propria Banca di accettare gli ordini di addebito provenienti dalla Società creditrice. Qualora il pagamento avvenga con questa modalità, in luogo della quietanza, tra la Società e il Contraente farà fede la documentazione contabile bancaria dell'addebito (SDD), che attesterà l'avvenuto pagamento della rata di premio per il periodo da essa coperto, salvo buon fine dell'addebito medesimo;
- e) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento. Il contratto prevede le garanzie per le quali il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le aliquote attualmente in vigore.

I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato 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, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.

Il contratto può avere durata annuale ovvero poliennale con il massimo di anni 5, non rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c., con riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza. Se la durata del contratto è poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza contrattuale pattuita con preavviso di 30 giorni. La disdetta avrà effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di disdetta è stata esercitata, senza oneri a carico dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 secondo comma c.c..

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. 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. Tale disposto però non è applicabile per la garanzia Invalidità permanente da malattia qualora inserita in polizza. In caso di disdetta da parte della Società nei termini su indicati, la garanzia Invalidità permanente da malattia, verrà mantenuta sino alla fine pattuita del contratto.

Assicurazione Infortuni

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

Impresa: Sara Assicurazioni Spa



Prodotto: Saradefender

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 23/06/2020 ultima versione disponibile.

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

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

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it - Indirizzo e-mail: info@sara.it - PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2019

- Patrimonio netto: euro **671.074.629,80**
- Capitale sociale: euro **54.765.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **616.399.629,80**

Le informazioni che seguono sono dati inerenti la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.sara.it)

- Requisito patrimoniale di Solvibilità: euro **262.783.690,38**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **118.252.660,67**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **795.561.834,36**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **3,30** (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Infortuni

Si può optare tra le seguenti garanzie:

Morte: Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali., e/o

Invalidità permanente e/o Invalidità Permanente Grave: riconosce il pagamento di un indennizzo in caso di perdita definitiva, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

A tali garanzie se ne possono aggiungere altre, quali:

Rimborso Spese Sanitarie: rimborsa - fino a concorrenza della somma assicurata - le spese sanitarie indicate in polizza effettivamente sostenute per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di polizza; qualora l'infortunio indennizzabile a termini di polizza abbia determinato un ricovero in ospedale pubblico che comporti almeno due pernottamenti, ma per il quale l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, verrà corrisposta un'indennità sostitutiva di € 50 per ogni giorno di ricovero. Nella garanzia viene compreso, anche in eccedenza alla somma assicurata, il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche o noleggio ausili medico chirurgici elencate nelle condizioni di polizza.

Ricovero e Convalescenza: Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza rende necessario il ricovero in Istituto di cura, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata alla voce "Ricovero e convalescenza" per ciascun giorno di effettivo ricovero; in caso di ricovero diurno (Day Hospital) di almeno due giorni consecutivi la Società corrisponderà un'indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero.



Che cosa è assicurato?

Infortunati

Inoltre, in caso di Convalescenza successiva al ricovero resosi necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza". Tale disposto non si applica al ricovero diurno (Day Hospital).

Ricovero del coniuge non assicurato : in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato. Non è applicabili al coniuge la garanzia di convalescenza.

Indennità da immobilizzazione e gessatura: in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia determinato:

- l'applicazione di una "Gessatura" o,
- una frattura radiologicamente diagnosticata per la quale non sia prevista l'applicazione di "Gessatura" ma che determini per l'Assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, o
- un'immobilizzazione dell'Assicurato mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche della gessatura e la cui applicazione sia resa necessaria da fratture ossee, lesioni capsulari, o rotture legamentose complete o parziali, che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie, e purchè l'applicazione di tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza, da sanitari dell'Istituto di cura,

la Società corrisponderà un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Indennità di apparecchio gessato"

Inabilità Temporanea: se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, la Società corrisponde la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Inabilità temporanea":

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività principali e secondarie dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Rendita Vitalizia: In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale, verrà garantito il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente), e con premio a carico della SARA assicurazioni.

Lesioni speciali (Estensione sempre operante)

La copertura infortuni comprende anche:

- Le ernie di origine traumatiche;
- La rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine; in particolare: tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), tendine rotuleo, tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale

Altre estensioni operanti

In aggiunta alle garanzie di polizza, sono operanti, in base alle garanzie prescelte, le seguenti Altre Estensioni:

Invalidità permanente per minori di anni 25: prevede una maggiorazione del 30% dell'indennizzo in caso di infortunio indennizzabile che dovesse colpire un assicurato di età non superiore ai 25 anni e comportante un'invalidità superiore al 25%;

Morte violenta: prevede una maggiorazione del 25% dell'indennizzo, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza e subito in conseguenza di un evento violento (rapina, sequestro, atto di terrorismo) da cui derivi la morte dell'Assicurato;

Commorienza genitori: prevede una maggiorazione del 50% del capitale spettante ai figli minorenni ed ai figli portatori di handicap in qualità di beneficiari, in caso di morte di entrambi i genitori determinata da infortunio indennizzabile e che sia determinata da uno stesso evento;

Perdita anno scolastico: prevede, in caso di perdita, da parte dell'Assicurato di età non superiore ai 20 anni, dell'anno scolastico in conseguenza di un infortunio indennizzabili a termini di polizza, un indennizzo forfettario di euro 2.000 €;

Danni estetici: prevede il rimborso, fino ad un importo massimo di € 5.000, di tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato per le cure mediche resesi necessarie per eliminare sfregi o deturpazioni al viso, provocate da un sinistro indennizzabile a termini di polizza;

Ustioni gravi: in caso di ustioni di secondo o terzo grado, verrà corrisposto all'Assicurato un indennizzo di importo variabile tra i 4.500 €, se le ustioni coprono dal 9 al 20% della superficie del corpo, o di 7.500 € se le ustioni interessano più del 20% della superficie del corpo;

Adattamento auto e casa: in caso di infortunio indennizzabili da cui derivi, all'Assicurato, un'invalidità permanente superiore al 65%, verranno rimborsate le spese documentate effettivamente sostenute nei 24 mesi successivi dal momento del sinistro, per adattamento della:

- sua autovettura per consentirgli di continuare a guidare, fino ad un importo di euro 3.000 €.



Che cosa è assicurato?

Infortuni	<p>•sua abitazione per consentirgli di continuare ad abitarla (es. rampe di accesso, allargamento porte), fino alla concorrenza di un importo pari a 10.000 €</p> <p>L'assicurazione Infortuni si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Indennità di ricovero e convalescenza da infortunio e da malattia	<p>La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Malattie Gravi	<p>L'assicurazione riconosce un indennizzo forfettario all'Assicurato in caso di diagnosi di Malattia Grave, quali infarto miocardico, ictus, cancro.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Invalità Permanente da Malattia	<p>In caso di Invalità permanente che sia determinata da malattia la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante sul frontespizio di polizza alla voce "Invalità permanente da malattia".</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Rendita vitalizia da Malattia	<p>In caso di Invalità permanente accertata pari almeno al 66% che sia determinata da malattia, la Società garantisce il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente) e con premio a carico della SARA assicurazioni.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Tutela Legale	<p>La Società, in caso di sinistro infortunio indennizzabile a termini di polizza, assume a proprio carico, nei limiti del massimale e delle condizioni previste in polizza, l'onere delle spese stragiudiziali e giudiziali per il recupero danni alla persona, qualora sia coinvolta la responsabilità di un terzo (Opzione - Tutela Legale per recupero danni alla persona) e le spese giudiziali e stragiudiziali conseguenti ad un Infortunio indennizzabile a termini di polizza per: assistenza per il recupero dei danni subiti dall'Assicurato ad opera di terzi, difesa penale per reato colposo o per contravvenzione (comprese le spese processuali, a favore dell'Assicurato), prestazioni di periti valutatori, ingegneri del traffico, medici – legali, quanto dovuto al legale di controparte in caso di condanna dell'Assicurato o in caso di transazione autorizzata dalla Società, assistenza legale nelle procedure di fronte all'INAIL per questioni inerenti la tutela dei diritti dell'Assicurato conseguenti ad Infortunio indennizzabile a termini di polizza occorso nello svolgimento delle attività professionali principali o secondarie indicate in polizza (Opzione - Tutela Legale e peritale completa)</p> <p>Le due Opzioni possono coesistere.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
Assistenza	<p>La garanzia assistenza comprende le seguenti prestazioni: Prelievo campioni al domicilio, Invio medicinali al domicilio, Invio di una collaboratrice domestica, Cure fisioterapiche, Trasporto in autoambulanza, Rimpatrio sanitario, Assistenza ai familiari.</p> <p>SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia si avvale di una Struttura Organizzativa esterna.</p> <p>SARA per la gestione dei Sinistri relativi alla garanzia Assistenza si avvale di ACI Global Servizi S.p.A.</p> <p>L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>



Che cosa è assicurato?

Quali opzioni/personalizzazioni e possibile attivare ?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

RISCHI EXTRAPROFESSIONALI

Tale Formulazione, che comporta una riduzione di premio su alcune garanzie (Morte, Invalidità Permanente da Infortunio con formulazione franchigia iniziale del 3% o con Condizione Particolare B1, e Rimborso Spese Sanitarie) consente di limitare la copertura infortuni ai soli rischi extraprofessionali nell'ambito della vita comune, all'infuori pertanto dell'occupazione professionale dichiarata o di qualsiasi altra attività comunque remunerata.

RISCHI PROFESSIONALI

Tale Formulazione, che comporta una riduzione di premio su alcune garanzie (Morte, Invalidità Permanente da Infortunio con formulazione franchigia iniziale del 3% o con Condizione Particolare B1, e Rimborso Spese Sanitarie) consente di limitare la copertura infortuni ai soli rischi professionali dichiarati in polizza.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

RIVALUTAZIONE DELLE PERCENTUALI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Condizione limitata a determinate attività professionali

Selezionando la condizione "Rivalutazione delle percentuali di Invalidità permanente", le percentuali di Invalidità permanente previste dalla "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato ALL-IN.1 si intendono modificate come da "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente specifica" di cui all'Allegato ALL-IN.3, esclusivamente per le sole voci in essa contenute.

La scelta di optare per tale Condizione, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulla sola garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

ADOZIONE TABELLA INAIL

Selezionando la condizione Tabella I.N.A.I.L., la tabella delle percentuali di Invalidità permanente, previste dall'Allegato ALL-IN.1 delle Condizioni di polizza e sulla base della quale vengono determinate le percentuali di invalidità permanente, viene sostituita da quella di cui all'Allegato 1 del DPR 30/06/1965 n. 1124 T.U., con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dal Decreto stesso.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulla sola garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

RISCHI SPORTIVI PARTICOLARI

Selezionando la condizione Rischi sportivi particolari (SPORT), le garanzie di polizza valgono anche nello svolgimento di alcune delle attività sportive altrimenti escluse e per la partecipazione a gare prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti dalle Federazioni o Enti Sportivi similari o patrocinati dagli stessi, per le seguenti attività: ippica, ciclismo, sci non in discesa libera, arti marziali.

Tale Condizione Particolare prevede l'applicazione, esclusivamente per le attività sportive ivi previste, di specifiche franchigie, indipendentemente dalle franchigie sulle invalidità permanente pattuite in polizza.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulle garanzie Morte, Invalidità Permanente da Infortunio, Rimborso Spese Sanitarie, Ricovero e Convalescenza.

MALATTIE PROFESSIONALI

Selezionando la condizione Malattie Professionali (MALPROF), limitatamente alle garanzie Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio (se presenti nel contratto), la copertura viene estesa alle malattie riportate in servizio e per cause di servizio.

L'estensione viene estesa alle affezioni da HIV, EPATITE VIRALE "B", EPATITE VIRALE "C", contratte a seguito di infortunio verificatosi in servizio e per causa di servizio.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulle garanzie Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio.

RADIOLOGO CON RISCHIO RADIAZIONI

Selezionando la Condizione Radiologo con rischio radiazioni (RADIO), e limitatamente alle garanzie Morte, ed Invalidità Permanente da infortunio (sempreché operanti per l'Assicurato) la copertura viene estesa anche alle lesioni ed alterazioni derivanti dalla pratica professionale della Roentgendiagnostica, della Roentgenterapia, della fototerapia e delle correnti elettriche.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulle garanzie Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio.



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

PER TUTTE LE GARANZIE INFORTUNI

Infortuni determinati da calamità naturali

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza subito in conseguenza di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 3.000.000 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO ED INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE - Nel caso venga prescelta la presente garanzia il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'indennizzo, relativo ad uno o più sinistri, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore del capitale medesimo. La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencate nella "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato 1 contenuto nelle Condizioni di polizza.

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.

Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella Tabella di cui all'Allegato ALL-IN.1, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella Tabella di cui all'Allegato ALL-IN.1, le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità Permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella di cui all'Allegato ALL-IN.1 e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati



Ci sono limiti di copertura?

Infortunati

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La garanzia Invalidità Permanente da infortunio prevede tre formulazioni di franchigia, fra loro alternative:

1) Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente (Franchigia iniziale 3%)

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- d) quando l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 20% della totale la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza l'applicazione delle franchigie indicate nelle precedenti lettere a) b) c). Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

2) Forma con franchigia iniziale del 5% (Franchigia iniziale 5%)

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a. sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b. sulla parte di somma eccedente € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c. se l'Invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di Invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, senza alcuna franchigia;
- d. se l'Invalidità permanente accertata è pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

3) Forma con esclusione dalla franchigia iniziale (Esclusione Franchigia iniziale)

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a. sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000 non si applica alcuna franchigia;
 - b. sulla parte iniziale di somma assicurata eccedente € 60.000 (o fino a 100.000, se selezionata l'apposita Formulazione, soggetta comunque ad autorizzazione da parte degli Uffici assuntivi direzionali) e fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
 - c. sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente .
 - d. sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
- Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Valida per tutte le Formulazioni di franchigia: Se l'Assicurato subisce un infortunio che causi una frattura ossea radiologicamente accertata, per la quale residuino del postumi permanenti di invalidità concausati da patologia osteoporotica, le cui conseguenze sulla base di quanto previsto dalla Condizioni di polizza non sarebbero indennizzabili, la Società riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione di franchigie, ove previste, con il limite massimo di indennizzo di € 6.000.

INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE -La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità: se l'invalidità Permanente accertata è di grado:

- a. pari o inferiore al 20% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo;
- b. compreso tra 21 e 30 punti percentuali, viene corrisposto il 50% del capitale assicurato;
- c. superiore al 30% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

RIMBORSO SPESE SANITARIE - Per le prestazioni sanitarie indennizzabili previste nelle Condizioni contrattuali che non risultino avvenute durante il ricovero (anche diurno) in istituto di cura o durante un intervento chirurgico ambulatoriale, il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto, che resterà a carico dell'Assicurato, pari al 20% delle spese indennizzabili, ed il cui importo in cifra assoluta non potrà comunque essere inferiore a € 75.



Ci sono limiti di copertura?

Infortunati

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

RIMBORSO SPESE SANITARIE

All'interno della somma assicurata per Rimborsamento Spese Sanitarie, le spese per materiale prezioso e leghe speciali impiegati nelle protesi odontoiatriche, verranno rimborsate fino ad un massimo di € 2.000.

Per acquisto di protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici, indicate nelle Condizioni contrattuali, la Società procederà al rimborso delle relative spese fino ad un importo massimo pari ad € 2.500,00 per annualità assicurativa.

Limitatamente all'indennità sostitutiva dell'importo di 50€, questa verrà corrisposta per ogni giorno di ricovero con il massimo di 100 giorni per sinistro, fermo restando il limite di indennizzo rappresentato dalla somma assicurata che rappresenta il tetto massimo indennizzabile complessivamente per indennità sostitutiva e rimborso spese di cura.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

RICOVERO E CONVALESCENZA - La Società corrisponderà la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza" :

a) per ciascun giorno di effettivo ricovero e per un periodo massimo di 365 giorni, a partire dal giorno stesso del ricovero e fino al giorno antecedente quello della dimissione; in caso di ricovero diurno (Day Hospital) di almeno due giorni consecutivi la Società corrisponderà un'indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera in caso di ricovero.

b) in caso di Convalescenza la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza", fino ad un numero di giorni pari a quello del ricovero, per una durata massima di 150 giorni per annualità assicurativa. Tale disposto non si applica al ricovero diurno (Day Hospital)

Limitatamente alla garanzia "Ricovero del coniuge non assicurato", la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

INDENNITÀ DA IMMOBILIZZAZIONE E GESSATURA - In caso di:

- applicazione di "gessatura", la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Indennità di apparecchio gessato", per una durata massima di 90 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura; qualora detta indennità sia coesistente con quella prevista dalla garanzia "Inabilità Temporanea", la assorbe finché coesistente, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, nel periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore;

- frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura, ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita, per una durata massima di giorni 40 per annualità assicurativa.

Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione della presente garanzia, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole);

- immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche della gessatura e la cui applicazione sia resa necessaria da fratture ossee, lesioni capsulari, o rotture legamentose complete o parziali, che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie, l'indennità di gessatura verrà corrisposta, purché l'applicazione di tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza, da sanitari dell'Istituto di cura; l'indennità verrà corrisposta in questo caso per un numero di giorni pari a quelli prescritti con il massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.

INABILITÀ TEMPORANEA - La somma assicurata verrà corrisposta:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività principali e secondarie dichiarate;

b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni per ogni infortunio e non è cumulabile con la garanzia "Indennità di apparecchio gessato"; se coesistenti la assorbe finché coesistente, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, nel periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore.

Franchigia sulla Inabilità Temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuato a decorrere:

a) dall'ottavo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza per la parte di somma assicurata non eccedente € 50,

b) dal sedicesimo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza, per la parte di somma assicurata eccedente € 50.

In caso di infortunio che comporti un ricovero in istituto di cura di almeno tre giorni, la Società corrisponderà l'indennizzo per inabilità temporanea senza applicazione della franchigia di 7 giorni sulla parte di somma assicurata fino ad € 50.



Ci sono limiti di copertura?

Infortunati

RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO - La garanzia Rendita Vitalizia sarà corrisposta solo nel caso in cui l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale.

LESIONI SPECIALI

- Le ernie di origine traumatiche:

Se l'ernia comporta intervento chirurgico la Società corrisponde una diaria di € 100 per ogni giorno di degenza in istituto di cura (anche in Day-Hospital), con un minimo di € 300 ed un massimo di € 1.000 per sinistro;

Se l'ernia non risulta operabile secondo parere medico, la Società riconoscerà i postumi invalidanti fino al 5% della Invalidità permanente totale (senza applicazione della franchigia – ove prevista - sulla prima parte di somma assicurata).

- La rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine:

Per la sola garanzia di Invalidità permanente, riconosce un grado di Invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione delle franchigie, ove previste, con il limite massimo di indennizzo di € 6.000.

ALTRE ESTENSIONI OPERANTI (a seconda delle garanzie di polizza)

MORTE VIOLENTA (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA MORTE) - Nel caso di morte dell'Assicurato in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza subito a seguito di rapina, tentativo di sequestro, attentati ed atti di terrorismo, corrisponderà l'indennizzo spettante a termini di polizza con una maggiorazione del 25%. La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 100.000 per singolo Assicurato.

COMMORIENZA DEI GENITORI (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA MORTE) - Se a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori ed essi risultano assicurati con la presente polizza, l'indennizzo per il caso di morte spettante ai loro figli minorenni, in quanto beneficiari, verrà maggiorato del 50%. La stessa maggiorazione spetta ai figli portatori di handicap anche se non conviventi.

La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 200.000.

La maggiorazione di indennizzo di cui alla presente condizione speciale non è cumulabile con quella riportata nel punto precedente "Morte violenta".

PERDITA ANNO SCOLASTICO - Qualora Assicurati di età non superiore agli anni 20 che frequentino scuole di istruzione primaria e secondarie, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, siano impossibilitati alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle vigenti disposizioni in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponderà un indennizzo di € 2.000.

DANNI ESTETICI - In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subito da un Assicurato che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso, la Società rimborserà, fino ad un importo massimo di € 5.000, tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato stesso per cure mediche effettuate - entro due anni dalla guarigione clinica - per eliminare il danno estetico.

USTIONI GRAVI - La Società, qualora l'infortunio causi all'Assicurato delle ustioni di secondo o terzo grado, corrisponderà all'Assicurato, dietro presentazione di documentazione medica, l'indennizzo di € 4.500, se le ustioni coprono dal 9 al 20% della superficie corporea; se invece le ustioni sono superiori al 20% della superficie corporea, l'indennizzo sarà pari ad € 7.500.

ADATTAMENTO AUTO (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO / INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE) - Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua autovettura che gli consentano di continuare a guidare, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti fino alla concorrenza di € 3.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.

ADATTAMENTO CASA (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO / INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE) - Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua casa, necessari per consentirgli di continuare ad abitarla, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

ESCLUSIONI E RIVALSE

MORTE - L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità permanente.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Condizioni di polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'infortunio denunciato, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE - In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Condizioni di polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'infortunio denunciato, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Alla presente garanzia, non si applica, anche se riportata sulla scheda di copertura, la Condizione Rivalutazione delle percentuali di Invalidità permanente.

Alla presente garanzia, non si applica, anche se riportata sulla scheda di copertura, la Condizione Adozione Tabella INAIL .

Alla presente garanzia, non si applica, limitatamente alle franchigie ivi previste, quanto previsto dalla Condizione Rischi Sportivi Particolari.

Alla presente garanzia, non si applica, anche se riportata sulla scheda di copertura, la Condizione Radiologo con rischio radiazioni

RIMBORSO SPESE SANITARIE - Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi odontoiatriche applicate prima dell'infortunio.

RICOVERO E CONVALESCENZA - Limitatamente alla garanzia "Ricovero del coniuge non assicurato", non è applicabile al coniuge la garanzia di convalescenza.

INDENNITÀ DI IMMOBILIZZAZIONE E GESSATURA - Sono sempre esclusi dalla garanzia i collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), i busti ortopedici, le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco o così detti "molliti" nonché altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli indicati nel presente capoverso.

INABILITÀ TEMPORANEA - L'indennizzo per inabilità temporanea non è cumulabile con la garanzia "Indennità di immobilizzazione e gessatura"; se coesistenti, l'indennità prevista per applicazione di gessatura, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, per il periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore

RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO - La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

LESIONI SPECIALI

Rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine: Sono escluse le recidive di precedenti rotture del tendine.

L'estensione è operante esclusivamente per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di ricovero e convalescenza da infortunio e da malattia

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INDENNITÀ DI DEGENZA

Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera di degenza, la cui entità è determinata dalla Formula di garanzia (Light, Plus o Super) prescelta da ciascun Assicurato ed indicata sulla Scheda di copertura e dai criteri riportati nella "Tabella Indennità di degenza, convalescenza" per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

Per la Formula Super l'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal quarto giorno di ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. Pertanto, in questo caso, qualora il ricovero abbia una durata pari o inferiore a tre pernottamenti, non si farà luogo ad indennizzo. Se il ricovero ha una durata pari o superiore a quattro pernottamenti consecutivi l'indennità è dovuta a partire dal primo giorno di ricovero, fermo restando che ai fini del computo dell'indennizzo il primo giorno di ricovero ed il giorno di dimissione sono considerati un unico giorno

INDENNITÀ DI CONVALESCENZA

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza a termini del precedente capoverso, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

DAY HOSPITAL

La Società, a termini di quanto previsto dalla garanzia principale "Indennità di degenza" che precede e negli stessi limiti, corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.

Nella Formula Super, l'indennità per day hospital viene corrisposta a condizione che dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che il day hospital è avvenuto senza soluzione di continuità per un periodo non inferiore a quattro giorni; pertanto se il ricovero diurno ha una durata pari o superiore a quattro giorni consecutivi, l'indennità spetta dal primo giorno del ricovero diurno fino al giorno della dimissione compreso.

MAGGIORAZIONE DELLA INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per l'indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

INDENNITÀ DI DEGENZA PER DONATORE

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità pari a quella prevista in base alla garanzia principale "Indennità di degenza".

INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ESCLUSIONI E RIVALSE

PERSONE NON ASSICURATE

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S. e sindromi correlate

ESTENSIONI DI GARANZIA PER IL BAMBINO NON ASSICURATO

Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino.

DAY HOSPITAL

Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza

INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

La presente indennità è calcolata con l'applicazione della franchigia ove prevista come da garanzia principale "Indennità di degenza".



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di ricovero e convalescenza da infortunio e da malattia

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni avvenuti quando l'assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- suicidio e tentato suicidio
- infortuni derivanti:
 - dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da neoplasie verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide;
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza;
- ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese indetta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'art.1916 del c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.



Ci sono limiti di copertura?

Malattie Gravi

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

CONDIZIONI DELLA GARANZIA -SECONDO INDENNIZZO

Successivamente al primo sinistro indennizzabile in base alla presente garanzia, in caso di seconda diagnosi di una delle malattie gravi previste dal contratto, e purché diversa da quella oggetto del primo sinistro, il contratto riconosce all'Assicurato l'ulteriore corresponsione di un indennizzo pari al 50% della somma assicurata minore tra quella riportata sulla Scheda di copertura e quella prevista nel contratto sul quale si è avuto il primo indennizzo.

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESCLUSIONI

E' esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a) attività dolosa del Contraente e/o Assicurato;
- b) partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;
- c) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) malattie, malformazioni, difetti fisici, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della polizza di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;
- e) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- f) abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze
- h) svolgimento di una delle seguenti attività professionali:
 - Personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;
 - Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
 - Palombari, speleologi, sminatori, artificieri, stuntman, personale circense;
 - Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi;
 - Personale delle forze armate impiegato in missione all'estero.

Inoltre, per le diverse tipologie di Malattie Gravi, valgono le seguenti esclusioni:

Cancro:

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, nonché tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi.
 - 2) carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno alla categoria T2N0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione
- Sono sempre esclusi, indipendentemente dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, i carcinomi midollari.
- 3) tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2bN0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione;
 - 4) carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcomaprotuberante.
 - 5) cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina, x) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
 - 6) tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza;

Inoltre, fermo quanto previsto dai precedenti articoli MG.3 - Limite di erogazione delle prestazioni, e MG.4 – "Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo", in caso di diagnosi di un secondo episodio di Cancro, tale patologia non è in garanzia qualora si tratti di recidiva del primo cancro (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) se diagnosticato entro 5 anni dalla data di conclusione dell'ultimo trattamento terapeutico.

Ictus:

sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli attacchi ischemici transitori (TIA)
- 2) le lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
- 3) le emorragie secondarie in una lesione cerebrale preesistente
- 4) i danni cerebrali dovuti ad infezioni, vasculite, malattia infiammatoria;
- 5) i disturbi ischemici del sistema vestibolare

Infarto Miocardico:

sono escluse dall'assicurazione le conseguenze dirette ed indirette di sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.



Ci sono limiti di copertura?

Malattie Gravi	<p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>LIMITI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI Per ciascun Assicurato, la presente garanzia potrà essere erogata per un massimo di due volte per l'intera durata contrattuale. Per ciascun Assicurato, la presente garanzia è da ritenersi pertanto non più operante dopo il pagamento del secondo indennizzo.</p> <p>In caso di sostituzione del contratto, se l'Assicurato risulta essere stato coperto, senza soluzione di continuità, con altre polizze emesse dalla Società per la garanzia "Malattie Gravi" (di cui alla presente Sezione) e per la quale sia già stato liquidato un indennizzo, la suddetta garanzia cesserà di avere efficacia dopo il pagamento del primo sinistro liquidabile a termini di contratto, che verrà indennizzato in base a quanto previsto al presente articolo.</p> <p>TERMINI DI ASPETTATIVA L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa.</p> <p>Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.</p> <p>Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.</p> <p>SOPRAVVIVENZA ALLA DIAGNOSI La Società, corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza, a condizione che l'Assicurato risulti essere in vita al momento della diagnosi della malattia grave denunciata.</p>
Invalità Permanente da Malattia	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>FRANCHIGIA SULLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA Se l'invalità Permanente da Malattia accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;</p> <p>Per Invalità permanente da Malattia accertate di grado pari o superiore al 25% della totale, la Società corrisponderà un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella tabella "Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalità Permanente da Malattia" di cui all'Allegato n. 2 delle Condizioni di polizza, in corrispondenza al grado di Invalità permanente accertata.</p> <p>La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate</p> <p>RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA - La garanzia Rendita Vitalizia da Malattia sarà corrisposta solo nel caso in cui la malattia indennizzabile ai sensi di polizza determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalità permanente accertata maggiore del 66% della totale.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Invalidità Permanente da Malattia

ESCLUSIONI E RIVALSE

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le Invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da malattia se l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dalla malattia denunciata, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Limitatamente alla garanzia Rendita Vitalizia da malattia, si conviene che qualora l'Assicurato dovesse decedere prima che si sia provveduto alla corresponsione della rendita, la Società non è tenuta a riconoscere alcun indennizzo.

Le garanzie di cui alla Sezione Invalidità permanente da malattia, non si intendono operanti nei casi di:

. stati patologici già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o di sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso)

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti
- tentato suicidio

- conseguenze di aborto volontario non terapeutico

- conseguenze di azioni delittuose tentate o commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso)

- malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici

- difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza

- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza

- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti

Le garanzie decorrono:

a) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

b) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Alle garanzie di cui alla presente Sezione, non si applicano, anche se riportata sulla scheda di copertura, le Condizioni "Radiologo con rischio radiazioni (RADIO)" e "Malattie professionali (MALPROF)".

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



Ci sono limiti di copertura?

Tutela Legale	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>Sia per l'Opzione A che per l'Opzione B, la garanzia è prestata entro il massimale per annualità assicurativa di € 5.000</p> <p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>L'assicurazione è operante per i sinistri processualmente trattabili ed eseguibili:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nei paesi dell'Unione Europea e Svizzera per le ipotesi di responsabilità di natura extracontrattuale e penale;- Nella Repubblica Italiana, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino negli altri casi, salvo quanto previsto al punto successivo;• Limitatamente agli infortuni verificatisi alla guida di veicoli a motore, la garanzia è estesa oltre che ai paesi indicati nei due punti precedenti, anche al territorio della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco. <p>Sono esclusi dalla garanzia:</p> <ul style="list-style-type: none">- il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere;- gli oneri fiscali quali, a titolo esemplificativo, e non limitativo quelli riferiti a bollatura di documenti e spese di registrazione di sentenze e atti in genere;- le spese per procedimenti penali derivanti tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, atti di vandalismo o risse da chiunque provocati;- per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente; rapporti inerenti al diritto di famiglia, successioni e donazioni;- le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;- le spese per procedimenti penali derivanti da imputazione per reato doloso dell'Assicurato;- le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società.
Assistenza	<p><u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u></p> <p>PRELIEVO CAMPIONI AL DOMICILIO - La Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione delle prestazioni, il costo del personale inviato. Il costo degli esami clinici rimane comunque a carico dell'Assicurato (salvo successivo rimborso ove risulta prescelta la garanzia "Rimborso spese sanitarie")</p> <p>La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.</p> <p>INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO - Il costo dei farmaci è a carico dell'Assicurato.</p> <p>La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.</p> <p>INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA - La Struttura organizzativa provvederà al rimborso all'Assicurato delle spese documentate per il servizio sino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.</p> <p>La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte nel corso dell'anno assicurativo.</p> <p>CURE FISIOTERAPICHE - Qualora l'Assicurato che abbia subito un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti, entro i trenta giorni successivi alla data di dimissione o dalla data di rimozione della gessatura, di cure fisioterapiche (il cui elenco è riportato nelle Condizioni di polizza), purché prescritte dal medico ospedaliero/curante ed inserita nell'ambito di un unico ciclo di cure, la Società, previo accordo tra il medico di guardia della Struttura organizzativa ed il Medico curante dell'Assicurato, provvederà, a seconda dei casi, ad inviare un fisioterapista, facente parte della propria rete convenzionata presso il domicilio dell'Assicurato (in Italia) oppure a prenotare le sedute fisioterapiche presso un centro di fisioterapia.</p> <p>Per ogni anno di validità della copertura e per ogni Assicurato, la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio e i costi di trasporto, gli onorari del fisioterapista o comunque il costo della seduta presso il centro di fisioterapia, fino ad un massimo di €1.000.</p> <p>Tale massimale deve intendersi riferito ai costi di trasporto, agli onorari e alle sedute di fisioterapia e per ogni annualità assicurativa.</p> <p>La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte per anno assicurativo.</p> <p>TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA - Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Struttura organizzativa invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.</p> <p>Il costo eccedente il massimale previsto di € 500, per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Assistenza

RIMPATRIO SANITARIO - Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

La Struttura organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.

ASSISTENZA AI FAMILIARI - Qualora l'Assicurato in viaggio in Italia con la famiglia, subisca un Infortunio indennizzabile a termini di polizza che gli impedisca la prosecuzione del viaggio e che ne determini il ricovero in istituto di cura, la Società organizza e dispone per i familiari che viaggiano con lui quanto segue:

- la Società tiene a suo carico le spese di soggiorno e di pernottamento per i familiari fino ad un massimo di tre notti per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;

- in alternativa, in caso di rientro al domicilio, la Società tiene a suo carico le spese di viaggio dei familiari, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se, il viaggio supera le 6 ore, in aereo (classe economica) per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;

- in alternativa, in caso della presenza di minori di anni 15 che rimangano soli durante il soggiorno, la Società provvederà ad organizzare il viaggio di un familiare dell'Assicurato, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se il viaggio supera le 6 ore in aereo (classe economica) per permettergli di raggiungere i minori in loco e riaccomagnarli presso il loro domicilio in Italia, tenendo a carico i costi fino ad un massimo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa.

Sono escluse le spese del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

La Società ha diritto di richiedere all'Assicurato, i biglietti di viaggio non utilizzati dai familiari.

ESCLUSIONI E RIVALSE

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia - Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (limitatamente alla parte europea).

Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di Indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Per tutte le garanzie diverse da Tutela Legale: l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono comunicare entro tre giorni da quando ne hanno avuto possibilità per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società data, ora luogo dell'evento, modalità di accadimento. La denuncia deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; in caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Per la garanzia di Tutela Legale: Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società la documentazione necessaria al recupero dei danni subiti quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, certificazione medica e ricevuta delle spese mediche e ospedaliere, cartella clinica in caso di ricovero, documentazioni attestanti il decorso delle lesioni subite, preventivo o fattura delle riparazioni, fotografie del veicolo danneggiato, verbale delle Autorità intervenute, provvedimento dell'Autorità in caso di sequestro del veicolo. La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.
	Gestione da parte di altre imprese: - per la liquidazione dei Sinistri relativi al ramo Assistenza la Compagnia si avvale della Struttura Organizzativa esterna di ACI Global Servizi S.p.A. - In caso di attivazione della garanzia Rendita Vitalizia, sia da infortunio che da malattia, tale rendita verrà assegnata con polizza emessa da Sara Vita S.p.A., e stipulata tra Sara Vita S.p.A. ed, in qualità di Contraente, Sara Assicurazioni S.p.A.. - per la liquidazione dei Sinistri relativi alle garanzie "Malattie Gravi" ed "Indennità da ricovero e convalida da infortunio e malattia" la Compagnia si avvale della Centrale Salute di Blue Assistance S.p.A.
	Prescrizione: i 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, ai sensi dell'art. 2952 c.c..
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Obblighi dell'impresa	Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento. L'adeguamento non si applica alle garanzie Assistenza. I premi riportati sulla scheda di copertura in corrispondenza di ciascuna garanzia acquistata, devono intendersi comprensivi di imposta. Sul retro della scheda di copertura, viene riportata la scomposizione del premio di polizza in premio imponibile ed imposte.
Rimborso	In caso di recesso per sinistro da parte della Società o del Contraente, 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. Per le garanzie "Invalidità Permanente da Malattia", "Malattie Gravi", "Rendita Vitalizia da malattia" ed "Indennità da ricovero e convalida da infortunio e malattia" non è prevista la facoltà di recesso per sinistro da parte della Società.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Per la garanzia "Invalidità Permanente da malattia", "Rendita Vitalizia da malattia" e per la garanzia "Indennità da ricovero e convalescenza da infortunio e malattia", sono previsti periodi di carenza. Nello specifico, la garanzia decorre dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le malattie; - del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione; - del 30° giorno successivo quello di effetto del contratto per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio ma soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. <p>Per la garanzia "Malattie Gravi", la garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>Clienti che vogliono tutelare la propria incolumità dalle conseguenze derivanti da infortuni subiti durante lo svolgimento delle proprie attività, professionali e della vita privata.</p> <p>E' rivolto anche a chi è interessato a tutelarsi dalle conseguenze derivanti da un'invalidità permanente da malattia, anche grave, comportante un'invalidità.</p>
--



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari a € 80,72.
--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa - Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it.</p> <p>L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma – fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<p>E' un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli indicati nell'elenco presente sul sito (https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX).</p>
-------------------	--

Negoziazione assistita	La negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/finnet/index.en.htm</p> <p>Arbitrato: le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.</p>

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.

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**

sara assicurazioni
Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia

Società del Gruppo Sara



Contratto di assicurazione per gli infortuni

Saradefender

Condizioni di Assicurazione

Modello: CA150IM **Edizione:** 07/2017

Contratto redatto secondo le Linee guida di Ania "Contratti semplici e chiari" del 06/02/2018

INDICE

GLOSSARIO	3
NC - NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	5
IN SEZIONE INFORTUNI	7
Che cosa posso assicurare	7
Contro quali danni posso assicurarmi	7
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	9
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	11
DC - INDENNITA' DI DEGENZA E CONVALESCENZA DA INFORTUNIO E MALATTIA	14
Che cosa posso assicurare	14
Contro quali danni posso assicurarmi	14
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	15
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	17
MG - SEZIONE MALATTIE GRAVI	18
Che cosa posso assicurare	18
Contro quali danni posso assicurarmi	18
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	18
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	20
IM - SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	21
Che cosa posso assicurare	21
Contro quali danni posso assicurarmi	21
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	21
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	22
AS - SEZIONE ASSISTENZA	23
Che cosa posso assicurare	23
Contro quali danni posso assicurarmi	23
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	24
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	25
TL - SEZIONE TUTELA LEGALE	26
Che cosa posso assicurare	26
Contro quali danni posso assicurarmi	26
Come e con quali condizioni operative mi assicuro	26
Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti	28
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	29
Allegato ALL-IN.1	35
Allegato ALL-IN.2	40
Allegato ALL-IN.3	42
Allegato ALL-IM.1	43

GLOSSARIO

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

Beneficiario: gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Cancro: è un tumore maligno, diagnosticato come tale da esame istopatologico, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfomi (Hodgkin e non Hodgkin), leucemie, mielomi, sarcomi;

Cartella clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica (prossima e remota), terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico;

Centrale Salute: Centrale salute di Blue Assistance SpA, Corso Svizzera, 185, 10149 Torino, che procede alla liquidazione degli indennizzi relativamente alle Sezioni, se rese operanti, "DC - Diaria di degenza e convalescenza da infortunio e malattia" e "MG - Malattie Gravi"

La Centrale osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18. Numero telefonico: 800.095.095.

Limitatamente alle Sezioni suindicate, la denuncia di sinistro e tutta la documentazione medica e di spesa andrà trasmessa a Sara Assicurazioni Back Office Sinistri Malattia Via Po 20 00198 Roma.

Qualora variasse la Centrale operativa incaricata della gestione degli indennizzi, la Società provvederà a darne tempestivo avviso agli assicurati comunicando anche i riferimenti della nuova Centrale (verranno garantite le stesse fasce orarie del servizio), fermo restando la gestione degli indennizzi in corso.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto;

Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale (anche se non ivi residente);

Franchigia: la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;

Frattura: Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità, completa o incompleta con o senza spostamento di frammenti. Si parla invece di **Frattura esposta**, quando il moncone osseo perfora l'epidermide;

Gessatura: l'apparecchiatura per immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico;

Ictus: morte irreversibile del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue (causato da un'emorragia cerebrale, infarto cerebrale o da un'embolia di origine extra-cranica) tale da determinare una riduzione permanente della funzione neurologica.

La diagnosi di ictus deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri:

- comparsa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictus;
- tali riscontri neurologici devono persistere ed essere oggettivamente riscontrabili da specifico esame clinico per almeno 2 mesi successivi all'evento;
- l'ictus stesso deve essere confermato sulla base dei risultati di una successiva TAC o RMI.

Inabilità Temporanea: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;

Indennizzo / indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infarto Miocardico: L'infarto miocardico acuto è la morte di una parte del miocardio causata da un mancato apporto di sangue nell'area interessata, non rilevabile prima dell'episodio.

La diagnosi deve essere confermata da un aumento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) rispetto al livello considerato diagnostico di infarto miocardico acuto e da almeno 2 dei seguenti criteri:

- Segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore
- Nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
- Riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio o nuova anomalia del movimento della parete regionale.

Il solo aumento della Troponina non è considerato condizione sufficiente alla diagnosi di infarto.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;

Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia;

Invalità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio o malattia - in quest'ultimo caso limitatamente a quanto previsto alla sezione 4) "Invalità permanente da Malattia" - in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;

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

Malattie gravi: alterazione dello stato di salute dell'assicurato per Cancro, Ictus, infarto Miocardico (vedi definizione nel presente Glossario) non dipendente da infortunio, che comportano necessariamente una invalidità Permanente da malattia di grado pari o superiore al 5%.

Malformazione / difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;

Massimale: la somma entro la quale la Società presta la garanzia;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Ricovero diurno (Day-Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

Scoperto: l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato;

Sport estremi: sport di estrema difficoltà ai limiti delle leggi fisiche e/o della sopportazione del corpo umano.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Sistema TNM: metodo utile a classificare il grado di estensione della malattia neoplastica (classificazione o stadiazione TNM). È una misura preoperatoria, clinica e postoperatoria dell'estensione della malattia neoplastica: si determina la dimensione e la progressione del tumore, la sede e il grado di infiltrazione loco-regionale (T); successivamente viene valutata la presenza di interessamento linfonodale (N) e la disseminazione (metastasi) ematogena (M) in altri organi. A ciascuno di questi tre parametri viene assegnato un valore di scala numerica che esprime l'estensione del tumore;

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio;

Società: SARA assicurazioni spa;

Tutela legale: l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del d.Lgs 209/05 artt. 163,164,173,174 e correlati;

Viaggio: lo spostamento dell'Assicurato dal proprio domicilio o soggiorno ad oltre 50 Km dal comune di domicilio o soggiorno.

NC - NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

NC.1 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S. e sindromi correlate.

Limitatamente alle Sezioni "IN - Infortuni", "AS - Assistenza" e "TL - Tutela legale" (se rese operanti), non sono inoltre assicurabili le persone affette da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere, forme maniaco depressive o stati paranoici.

Per effetto di quanto previsto ai primi due capoversi del presente articolo, la persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni previste suindicate; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga.

La Società rimborserà la parte di premio, al netto di imposta, relativo al periodo di rischio non corso.

NC.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile).

Qualora venga richiesta la compilazione del questionario anamnestico (Mod. 56IM), la rispondenza al vero delle dichiarazioni rese in tale questionario, che forma parte integrante della presente polizza, è considerata essenziale ai fini dell'efficacia contrattuale della presente polizza. Si richiama pertanto l'attenzione del Contraente sulla necessità di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario, prima di sottoscriverlo. L'assicurato inoltre può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

NC.3 - Altre assicurazioni

L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente e/o Assicurato, prima della conclusione del contratto, deve comunicare, per iscritto, alla Società l'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza, non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto. Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento alla stipulazione di altre assicurazioni successive alla conclusione del contratto. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

NC.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

In caso di sinistro la mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

NC.4.1 - Cambiamento dell'attività professionale

Fermo restando quanto previsto nel precedente articolo NC.4 "Aggravamento del rischio", qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività professionale diversa da quella indicata nel simplo di polizza, l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto:

In misura integrale, se l'attività svolta al momento del sinistro corrisponde ad una classe professionale uguale od inferiore a quella dichiarata;

Nella percentuale indicata nella sottostante tabella, se all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata.

Al fine della valutazione del grado di rischio inerente le varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall'"Elenco delle attività professionali" (Allegato ALL.IN.1).

Qualora al momento del sinistro l'attività effettivamente svolta dall'Assicurato risulti differente da quella indicata in polizza e risulti tra quelle elencate nella classe professionale "R.D.", non verrà corrisposto alcun indennizzo in quanto tali attività risultano assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società.

Per la classificazione di attività eventualmente non citate nell'"Elenco delle attività professionali" saranno utilizzati criteri di equivalenza od analogia ad attività elencate.

		Attività indicata nel modulo di polizza			
		Classe A/A0/A1	Classe B	Classe C	Classe D
Attività al momento del sinistro	Classe A/A0/A1	=	=	=	=
	Classe B	85	=	=	=
	Classe C	67	80	=	=
	Classe D	55	65	65	=

Il presente articolo non si applica alla Sezione "Indennità di degenza, convalescenza da infortunio e malattia", se resa operante.

NC.5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate, la Società è tenuta ad adeguare il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato come da percentuali indicate nella tabella di cui all' art. NC.4.1 "Cambiamento dell'attività professionale", ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso

NC.6 - Proroga dell'assicurazione

Fermo restando quanto previsto al successivo articolo NC.8 "Pagamento del Premio", in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

Per i contratti di durata poliennale (durata pari o superiore ad anni due), per i quali è stata applicata una riduzione di premio risultante dalla Scheda di copertura, la facoltà di disdetta, nei termini di cui sopra, può essere esercitata solo dalla scadenza contrattuale indicata in polizza e non alle scadenze di rata intermedie.

NC.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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.

Limitatamente alle garanzie (se rese operanti):

- Invalidità permanente da malattia
- Rendita Vitalizia da malattia
- Indennità di degenza e convalescenza da infortunio e malattia
- Malattie Gravi

inserite in polizze di durata inferiore o pari ai 5 anni, non è previsto recesso per sinistro da parte della Società. Pertanto, in caso di recesso da parte della Società nei termini suindicati, le garanzie "Invalidità permanente da malattia", Rendita Vitalizia da malattia, "Indennità di degenza e convalescenza da infortunio e malattia" e "Malattie Gravi", verranno mantenute sino alla fine pattuita del contratto, se questo è di durata inferiore o pari a 5 anni; altrimenti, in caso di durata ultra quinquennale, sino al compimento del 5° anno di durata.

NC.8 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato 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, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Qualora sia stata selezionata la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia", e/o Rendita Vitalizia da malattia, e/o "Indennità di degenza e convalescenza da infortunio e malattia", e/o "Malattie Gravi", giacché il premio annuale di suddette garanzie è stato calcolato in base all'età di ogni singolo Assicurato, **qualora l'età raggiunta anche da uno solo degli Assicurati con almeno una di queste garanzie, alla scadenza contrattuale pattuita comporti, in base alla tariffa vigente, un premio diverso da quello inizialmente concordato, la Società può richiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione della variazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto. La variazione si intende accettata in caso di proroga tacita del contratto ai sensi dell'art. NC.6 "Proroga dell'assicurazione".**

NC.9 - Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto.

La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione.

Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.co)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)

NC.10 - Modifiche dell'assicurazione

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

NC.11 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

NC.12 - Oneri fiscali

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

NC.13 - Rinvio alle norme di legge

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

NC.14 - Difesa dall'inflazione - Indicizzazione (la cui presenza è indicata sulla Scheda di copertura)

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno successivo a quello della stipulazione, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottati dall'Istituto Centrale di Statistica.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Tale disposto non si applica alle garanzie e prestazioni previste nella Sezione Assistenza (se resa operante), che pertanto non saranno soggette all'adeguamento in base all'indice 'Costo della vita'.

IN SEZIONE INFORTUNI

Che cosa posso assicurare

IN.1 - Che cosa si assicura

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle garanzie e delle somme assicurate indicate nella Scheda di polizza, le conseguenze dirette ed esclusive di infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività previste dalla "Forma di copertura", di cui all'articolo IN.7 scelta dall'Assicurato ed indicata sulla Scheda di copertura.

L'assicurazione comprende anche:

- a) l'asfissia non da origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento od il congelamento;
- e) la folgorazione;
- f) le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- g) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- h) gli infortuni subiti in stato di incoscienza o malore, purché non causati da stupefacenti, allucinogeni od alcolici;
- i) gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- l) gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

Contro quali danni posso assicurarmi

IN.2 - Garanzie prestate

Per ciascun Assicurato, sempre che siano riportate sulla Scheda di polizza e che sia stato pagato il relativo premio, si intendono prestate le seguenti garanzie:

Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quelli eventualmente previsti per la garanzia 'Invalidità permanente' ed 'Invalidità permanente grave', di cui al presente articolo, se rese operanti.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Invalidità permanente

a. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

b. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencate nella 'Tabella di valutazione delle percentuali di invalidità Permanente da infortunio' di cui all'articolo IN.9 - 'Tabella di valutazione delle percentuali di invalidità Permanente da infortunio', scelta dall'Assicurato, e riportata sulla Scheda di copertura.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

c. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella Tabella suindicata, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella 'Tabella di valutazione delle percentuali di invalidità Permanente da infortunio' prescelta dall'Assicurato, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella ed ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Invalidità permanente Grave

Qualora venga prescelta la presente garanzia, se l'invalidità permanente, accertata facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencate nella 'Tabella di valutazione delle percentuali di invalidità Permanente da infortunio' di cui all'articolo IN.9 - 'Tabella di valutazione delle percentuali di invalidità permanente da infortunio', scelta dall'Assicurato, è di grado:

- a. pari o inferiore al 20% della totale, **non viene liquidato alcun indennizzo;**
- b. compreso tra 21 e 30 punti percentuali, **viene corrisposto il 50% del capitale assicurato;**

c. superiore al 30% della totale, **viene corrisposto l'intero capitale assicurato.**

Nel caso venga prescelta la presente garanzia il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto **l'indennizzo, relativo ad uno o più sinistri, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore del capitale medesimo. La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.**

IN.3 – Altre estensioni operanti

Rischio volo

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. IN.4 "Rischi esclusi dall'assicurazione" del presente contratto, più avanti riportato, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico (o privato) di passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati:**

- **su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;**
- **su aeromobili di Aereoclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto sportivo.**

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

Infortunati determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici. Sono compresi nell'assicurazione anche gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 3.000.000 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

Infortunati causati da guerra, guerriglia o insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. IN.4 "Rischi esclusi dall'assicurazione" del presente contratto, più avanti riportato, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni causati da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione, o da atti di terrorismo che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, **per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.**

Lesioni speciali

- Ernie traumatiche

La garanzia comprende le **ernie di origine traumatica**; nel caso in cui l'ernia comporti intervento chirurgico la Società **corrisponde una diaria di € 100 per ogni giorno di degenza in istituto di cura (anche in Day-Hospital), con un minimo di € 300 ed un massimo di € 1.000 per sinistro. Qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, la Società riconoscerà i postumi invalidanti fino al 5% dell'Invalidità permanente totale** (senza applicazione della franchigia - ove prevista - sulla prima parte di somma assicurata).

- Rotture sottocutanee del tendine

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale) tendine rotuleo, tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale la Società, derogando all'art. IN.4 "Criteri di indennizzabilità" **per la sola garanzia "Invalidità permanente", riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione delle franchigie, ove previste, con il limite massimo di indennizzo di € 6.000. Sono escluse le recidive di precedenti rotture del tendine. L'estensione non è operante per altre garanzie.**

- Indennizzo per infortuni con lesioni concausate da patologia osteoporotica

A parziale deroga dell'art. IN.4, qualora l'Assicurato subisca un infortunio che causi una frattura ossea radiologicamente accertata, per la quale residuo del postumi permanenti di invalidità concausati da patologia osteoporotica, le cui conseguenze sulla base dell'articolo IN.4 non sarebbero indennizzabili, la Società **riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari al 3%**, senza applicazione di franchigie, ove previste, **con il limite massimo di indennizzo di € 6.000.**

- Invalidità permanente per minori di anni 25

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza subito da un Assicurato di età non superiore ai 25 anni e comportante un grado di Invalidità permanente superiore al 25% l'indennizzo spettante per la garanzia "Invalidità permanente" verrà corrisposto con una maggiorazione del 30%, **fermo restando l'indennizzo massimo del 100% della somma assicurata. Il presente disposto non si applica alla garanzia Invalidità permanente grave, se resa operante.**

Morte violenta

Nel caso di morte dell'Assicurato in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza subito a seguito di rapina, tentativo di sequestro, attentati ed atti di terrorismo, in questo ultimo caso fatta eccezione di quanto previsto all'articolo IN.4 "Rischi esclusi dall'assicurazione", lettera h), la Società, sempreché non si tratti di infortunio dipeso da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato stesso, corrisponderà sull'indennizzo per il solo caso morte spettante a termini di polizza con una maggiorazione del 25%.

La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 100.000 per singolo Assicurato.

Commorienza dei genitori

Se a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori ed essi risultano assicurati con la presente polizza, l'indennizzo per il caso di morte spettante ai loro figli minorenni, in quanto beneficiari, verrà maggiorato del 50%. La stessa maggiorazione spetta ai figli portatori di handicap anche se non conviventi.

La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 200.000.

La maggiorazione di indennizzo di cui alla presente condizione speciale non è cumulabile con quella di cui alla precedente estensione "Morte violenta"; tuttavia ricorrendo il caso si applicherà la disposizione più favorevole ai beneficiari.

Perdita anno scolastico

Qualora Assicurati di età non superiore agli anni 20 che frequentino scuole di istruzione primaria e secondarie, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, siano impossibilitati alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle vigenti

disposizioni in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponderà un indennizzo di € 2.000.

Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subito da un Assicurato che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso, la Società rimborserà, **fino ad un importo massimo di € 5.000**, tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato stesso per cure mediche effettuate - entro due anni dalla guarigione clinica - per eliminare il danno estetico.

Ustioni gravi

La Società, qualora l'infortunio causi all'Assicurato delle ustioni di secondo o terzo grado, corrisponderà all'Assicurato, dietro presentazione di documentazione medica, **l'indennizzo di € 4.500, se le ustioni coprono dal 9 al 20% della superficie corporea, se invece le ustioni sono superiori al 20% della superficie corporea, l'indennizzo sarà pari ad € 7.500.**

Adattamento auto

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini delle garanzie "Invalidità permanente" ed "Invalidità permanente grave" da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua autovettura che gli consentano di continuare a guidare, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti **fino alla concorrenza di € 3.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.**

Adattamento casa

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini delle garanzie "Invalidità permanente" ed "Invalidità permanente grave" da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua casa, necessari per consentirgli di continuare ad abitarla (ad es. rampe di accesso, allargamento porte...), la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti **fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.**

Superindennità pluriennale (Rendita)

In caso di sinistro indennizzabile comportante un'invalidità permanente di grado superiore al 50%, il beneficiario dell'indennizzo stesso ha facoltà di convertire la somma liquidatagli a titolo di "Invalidità permanente" o di "Invalidità permanente grave", in una rendita, rivalutabile. Detta rendita sarà assicurata con polizza emessa da SARA VITA SPA, stipulata tra SARA VITA e la SARA assicurazioni (Contraente). Qualora venga esercitata la facoltà di cui sopra l'importo dell'indennizzo spettante sarà maggiorato del 10%.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

IN.4 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- d) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da suicidio e tentato suicidio;
- f) da guerre (dichiarate e non), guerriglie ed insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. IN.3 "Infortuni causati da guerra guerriglia ed insurrezione" del presente contratto;
- g) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- h) da atti di terrorismo verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, in Paesi nei quali erano già in corso, prima dell'arrivo dell'Assicurato, atti di belligeranza (come guerra, anche se non dichiarata, guerriglia, insurrezioni) e/o occupazioni militari.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

- i) di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore; si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" - amatoriali e non - all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali, ad esempio, autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.l.gs. 7 settembre 2005 n.209 e sue successive modificazioni;
- l) dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni attività comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dall'art. IN.3 "Rischio volo" del presente contratto;
- m) dalla pratica di qualsiasi sport costituente per l'Assicurato attività professionale (principale o secondaria) o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta (come ad es. rimborsi spese di natura ricorrente e/o forfetaria, contributi o premi in denaro, benefit, sponsorizzazioni etc.);
- n) dalla pratica dei seguenti sport:
bob, sci estremo o acrobatico o sci alpinismo, snow-board fuori pista o acrobatico o estremo, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, salto dal trampolino con sci od idrosci, kite-surf, snowkite, alpinismo o scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado della Scala di Monaco e/o svolti "in solitaria" (cioè progressione su roccia e/o ghiacciaio senza l'assicurazione di un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni comunque compiute sino a livello E.E.A. - Escursionisti Esperti con Attrezzatura compreso dalla Scala delle Difficoltà Escursionistiche, Free-climbing (arrampicata libera o "in solitaria") speleologia, pugilato, football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, atletica pesante, immersioni con autorespiratore, hockey su ghiaccio, salto con l'elastico nel vuoto, down-hill, trial bike e tutti gli sport estremi (vedi definizione) e la partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es.

spedizioni esplorative o artiche, regate oceaniche)
o) partecipazione a corse o gare - e relative prove od allenamenti - ippiche, ciclistiche, sciistiche, di arti marziali, triathlon, organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinate dagli stessi .

Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia, le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo quanto previsto dal precedente art. IN.3 "Lesioni Speciali" - Ernie traumatiche, e le lesioni muscolari determinate da sforzi in genere.

IN.5 Anticipo indennizzo

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente sia stimata pari o superiore al 20%, la Società riconosce, su richiesta dell'Assicurato, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo. Qualora a guarigione avvenuta l'indennizzo dovuto sulla base della invalidità permanente accertata in via definitiva dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "anticipo indennizzo", la Società ha diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

IN.6 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

IN.7 – Forma della copertura

In base alla "Forma della copertura" prescelta da ciascun Assicurato e riportata sulla Scheda di copertura, l'assicurazione vale per:

IN.8 - Franchigie

Ferme le condizioni previste nei precedenti articoli, si intendono operanti le seguenti franchigie:

· **Opzioni Franchigia per la garanzia "Invalidità permanente"**

A maggior precisazione di quanto riportato sulla Scheda di polizza in corrispondenza di ciascun Assicurato, la garanzia invalidità permanente da infortunio (con esclusione quindi della garanzia Invalidità permanente Grave se resa operante) è soggetta alle seguenti franchigie:

IN.9 - Tabella di valutazione delle percentuali di invalidità Permanente da infortunio

Fermo quanto previsto all'articolo SXIN.1.1 "Ulteriori criteri di indennizzo relativi alla garanzia Invalidità Permanente e/o Invalidità permanente grave", la valutazione dell'invalidità permanente da infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella:

Tabella Standard

Salvo che non sia diversamente indicato sulla Scheda di copertura, la valutazione delle percentuali di invalidità permanente sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella "Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio" riportata nell'Allegato ALL.IN.2.

IN.9.1 - Rivalutazione delle percentuali di Invalidità permanente

La presente condizione è valida esclusivamente se esplicitamente riportata sulla Scheda di copertura.

Se sulla Scheda di copertura, per ciascun Assicurato, in corrispondenza della garanzia "Invalidità permanente", viene riportata l'indicazione "Rivalutazione delle % I.P.", le percentuali di invalidità permanente previste dalla "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio" riportata all'Allegato ALL.IN.2 nella Sezione "Allegati" si intendono modificate come da "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente specifica" (Allegato ALL.IN.3) riportata nella medesima Sezione "Allegati", **esclusivamente per le sole voci in essa contenute.**

La presente condizione non è applicabile alla garanzia "Invalidità permanente grave" anche se richiamata sulla Scheda di copertura.

Condizione Riservata ai Soci A.C.I.

Qualora il Contraente al momento del sinistro risulti associato all'A.C.I., nei casi di infortunio subito:

- alla guida di autovetture o natanti ad uso privato, di motocicli di qualsiasi cilindrata nonché di ciclomotori e velocipedi;
- durante verifiche o piccole riparazioni necessarie per la ripresa della marcia del veicolo;
- come passeggero di veicoli pubblici e/o privati - **esclusi quelli aerei e subacquei** - autorizzati al trasporto di persone;
- in qualità di pedone, in aree pubbliche, in conseguenza di investimenti ad opera di veicoli, l'indennizzo spettante verrà maggiorato del 15%.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti			
Sezione Infortuni			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Invalidità permanente Grave	Non previsto	Se la IPG è <= 20% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo. Se la IPG è compresa tra il 21 ed il 30% della totale, viene corrisposto il 50% del capitale assicurato. Se la IPG è > del 30% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.	Non previsto
Rimborso spese sanitarie per cure e protesi odontoiatriche per spese materiale prezioso e leghe speciali nelle protesi	20%	Euro 75 per prestazioni eseguite fuori ricovero e non durante un intervento chirurgico	€ 2.000 per le spese per materiale prezioso e leghe speciali
Rimborso spese sanitarie	20%	Euro 75 per prestazioni eseguite fuori ricovero e non durante un intervento chirurgico	Non previsto
Rimborso spese sanitarie per acquisto di protesi ortopediche, acquisto o noleggio ausili medico-chirurgici	Non previsto	Non previsto	€ 2.500
Rimborso spese sanitarie - Indennità sostitutiva per ricovero	Non previsto	2 giorni	€ 50 al giorno per un massimo di 100 giorni per sinistro.
Ricovero e convalescenza da infortunio - Diaria per ricovero	Non previsto	Non previsto	Somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza per un periodo massimo di 365 giorni.
Ricovero e convalescenza da infortunio - Day Hospital	Non previsto	2 giorni	Indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera per ricovero.
Ricovero e convalescenza da infortunio -Diaria da convalescenza	Non previsto	Non previsto	Indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza, fino ad un numero di giorni pari a quelli del ricovero, per una durata massima di 150 giorni.
Ricovero e convalescenza da infortunio -Ricovero del coniuge non assicurato	Non previsto	9 giorni	Indennità di degenza, per ogni giorno di ricovero, di importo pari a quella dell'Assicurato per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.
Indennità da immobilizzazione e gessatura con applicazione di gessatura	Non previsto	Non previsto	Indennità giornaliera pari alla somma indicata per "Indennità di apparecchio gessato", per una durata massima di 90 giorni per annualità assicurativa.
Indennità da immobilizzazione e gessatura senza applicazione di gessatura, ma con immobilizzazione al letto	Non previsto	Non previsto	Indennità di gessatura per una durata massima di 40 giorni per annualità assicurativa.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Sezione Infortuni			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Indennità di immobilizzazione e gessatura – immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali	Non previsto	Non previsto	Indennità corrisposta per un numero di giorni pari alla quelli prescritti con il massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.
Inabilità temporanea	Non previsto	7 giorni per la parte di SA non eccedente € 50; 15 giorni per la parte di SA eccedente € 50	La somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza per un periodo massimo di 365 giorni per ogni infortunio. Se l'incapacità di svolgere l'attività dichiarata è stata solo parziale, la somma assicurata viene ridotta del 50%
Rendita vitalizia	Non previsto	Invalità permanente accertata del 50%	Non previsto
Infortuni determinati da calamità naturali	Non previsto	Non previsto	€ 3.000.000 per tutti gli indennizzi.
Ernie traumatiche	Non previsto	Non previsto	Diaria di € 100 per ogni giorno di degenza, con un minimo di € 300 ed un massimo di € 1.000 per sinistro.
Ernie traumatiche non operabili	Non previsto	Non previsto	Postumi invalidanti fino al 5% dell'Invalità permanente totale.
Rotture sottocutanee del tendine	Non previsto	Non previsto	3% di invalidità permanente, con il massimo di € 6.000
Indennizzo per infortuni con lesioni concausate da patologia osteoporotica	Non previsto	Non previsto	3% di invalidità permanente, con il massimo di € 6.000
Invalità permanente per minori di anni 25	Non previsto	Invalità permanente > 25%	Maggiorazione del 25% dell'indennizzo. Indennizzo massimo 100% della somma assicurata
Morte violenta	Non previsto	Non previsto	Maggiorazione del 25% (caso Morte) con il massimo di € 100.000 per singolo Assicurato
Commorienza dei genitori	Non previsto	Non previsto	Maggiorazione del 50% dell'indennizzo con il massimo di € 200.000
Perdita anno scolastico	Non previsto	Non previsto	€ 2.000
Danni estetici	Non previsto	Non previsto	€ 5.000
Ustioni gravi	Non previsto	Non previsto	Indennizzo di € 4.500 per ustioni che coprono dal 9 al 20% della superficie corporea; Indennizzo di € 7.500 per ustioni superiori al 20% della superficie corporea.
Adattamento auto	Non previsto	Invalità permanente > 65%	€ 3.000 per sinistro e per singolo assicurato
Adattamento casa	Non previsto	Invalità permanente > 65%	€ 10.000 per sinistro e per singolo assicurato
Superindennità pluriennale (Rendita)	Non previsto	Invalità permanente > 50%	Non previsto
Rischi sportivi particolari	Non previsto	Sulla parte di somma assicurata fino ad € 207.000 : 5% Sulla parte di somma assicurata eccedente € 207.000 : 10%	Non previsto
Malattie professionali	Non previsto	20%	Non previsto

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Sezione Infortuni			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Invalidità permanente da Infortunio - Formula Franchigia iniziale 3%	Non previsto	- Sulla somma assicurata fino ad euro 250.000: 3% - Sulla parte di somma assicurata eccedente 250.000 e fino ad euro 600.000: 10% - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 600.000: 15% - Se la % di invalidità permanente è pari o superiore al 20%: nessuna franchigia	Non previsto
Invalidità permanente da Infortunio - Formula Franchigia iniziale 5%	Non previsto	- Sulla parte di somma assicurata fino ad euro 250.000: 5% - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 250.000 e fino ad euro 600.000: 10% - Se la % di invalidità permanente è superiore al 15%: nessuna franchigia	Non previsto
Invalidità permanente da Infortunio - Formula senza Franchigia iniziale sui primi 60.000 €	Non previsto	- Sulla parte di somma assicurata fino ad euro 60.000: nessuna franchigia - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 60.000 e fino ad euro 250.000: 3% - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 250.000 e fino ad euro 600.000: 10% - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 600.000: 15%	Non previsto
Invalidità permanente da Infortunio - Formula senza Franchigia iniziale sui primi 100.000 € (Riservata alla Direzione)	Non previsto	- Sulla parte di somma assicurata fino ad euro 100.000: nessuna franchigia - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 100.000 e fino ad euro 250.000: 3% - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 250.000 e fino ad euro 600.000: 10% - Sulla parte di somma assicurata eccedente euro 600.000: 15%	Non previsto

DC - INDENNITA' DI DEGENZA E CONVALESCENZA DA INFORTUNIO E MALATTIA

Che cosa posso assicurare

DC.1 - Che cosa si assicura

La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza.

Contro quali danni posso assicurarmi

DC.2 - Indennità di degenza e convalescenza

DC.2.1 - Indennità di degenza

Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera di degenza, la cui entità è determinata dalla Formula di garanzia (Light, Plus o Super) prescelta da ciascun Assicurato ed indicata sulla Scheda di copertura e dai criteri riportati nella "Tabella Indennità di degenza, convalescenza" di cui ai successivi articoli "DC.5 - Formule e somme assicurate" della presente Sezione e SXDC.2 "Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, e day hospital" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro", **per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.**

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, per le Formule Light e Plus, **spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. Per la Formula Super l'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal quarto giorno di ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati.** Pertanto, in questo caso, qualora il ricovero abbia una durata pari o inferiore a tre pernottamenti, non si farà luogo ad indennizzo. Se invece il ricovero ha una durata pari o superiore a quattro pernottamenti consecutivi l'indennità è dovuta a partire dal primo giorno di ricovero, fermo restando che ai fini del computo dell'indennizzo il primo giorno di ricovero ed il giorno di dimissione sono considerati un unico giorno.

DC.2.2 - Indennità di convalescenza

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società **provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza a termini del precedente capoverso, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.**

DC.3 – Estensioni di garanzia sempre operanti

DC.3.1 - Estensione di garanzia per il bambino non assicurato

In caso di ricovero, conseguenti a malattia o infortunio del bambino nato in corso di polizza da gravidanza che abbia avuto inizio successivamente alla stipula del contratto e qualora siano assicurati in polizza per la garanzia di cui alla presente Sezione entrambi i genitori, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo **per le stesse garanzie e negli stessi limiti previsti per la madre.**

Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino.

DC.3.2 - Day hospital

La Società, a termini dell'articolo 2.1 "Indennità di degenza" che precede e negli stessi limiti, **corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.**

Per la Formula Light e Plus l'indennità viene corrisposta dal primo giorno di ricovero diurno fino al giorno di dimissione compreso.

Nella Formula Super, **l'indennità per day hospital viene corrisposta a condizione che dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che il day hospital è avvenuto senza soluzione di continuità per un periodo non inferiore a quattro giorni; pertanto se il ricovero diurno ha una durata pari o superiore a quattro giorni consecutivi, l'indennità spetta dal primo giorno del ricovero diurno fino al giorno della dimissione compreso.**

Nel caso in cui l'Istituto di cura non effettui day hospital nei giorni festivi e/o nel fine settimana (sabato e domenica), tali giorni non rilevano ai fini dell'interruzione della continuità del ricovero diurno. Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.

DC.3.3 - Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza **per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza**

DC.3.4 - Indennità di degenza per donatore

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata come da precedente articolo DC.2.1 "Indennità di degenza".

DC.3.5 - Indennità per Accompagnatore

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, **entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente indennità è calcolata con l'applicazione della franchigia ove prevista come da art. 2.1 "Indennità di degenza".**

DC.3.6 - Ricovero del coniuge non assicurato

In caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, **per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.**

Non sono applicabili al coniuge la garanzia di convalescenza, nonché quelle di cui ai precedenti articoli DC.3.2 "Day hospital", DC.3.3 "Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave", DC.3.4 "Indennità di degenza per donatore" e DC.3.5 "Indennità per accompagnatore".

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

DC.4 - Persone assicurate

L'Assicurazione vale per l'Assicurato nominativamente indicato nella Scheda di copertura, che risulti regolarmente assicurabile in quanto non rientrante nelle fattispecie previste dall'articolo NC.1 - "Persone non assicurabili".

DC.5 - Formule e somme assicurate

Le somme assicurate, dipendenti dalla Formula prescelta da ciascun Assicurato, e riportata sulla Scheda di copertura, così come descritta dalla "Tabella Indennità di degenza, convalescenza" che segue, rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola annualità assicurativa.

Tabella Indennità di degenza, convalescenza

GIORNI DI RICOVERO CONSECUTIVI	FORMULA "Light"	FORMULA "Plus"	FORMULA "Super"
Fino a 11	€ 25	€ 50	€ 100
Da 12 a 20	€ 40	€ 80	€ 160
Da 21 a 44	€ 50	€ 100	€ 200
Da 45 fino a 180	€ 75	€ 150	€ 300

DC.6 - Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni avvenuti quando l'assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- suicidio e tentato suicidio;
- infortuni derivanti:
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da neoplasie verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide;
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza;
- ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

DC.7 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'articolo "NC.8 - Pagamento del premio", la garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, **gli anzidetti**

termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese indetta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, **i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente**

DC.8 - Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.

DC.9 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

CONDIZIONE PARTICOLARE SOCI ACI

Qualora al momento del sinistro il Contraente sia socio dell'ACI, verrà corrisposta una maggiorazione del 5% sull'indennizzo riconosciuto per le garanzie Indennità di degenza e convalescenza.

L'Assicurato al momento della denuncia di sinistro dovrà fornire la documentazione che attesti l'appartenenza del Contraente al Club ACI come sopra determinata.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Indennità di degenza e convalida da infortunio e malattia			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Indennità di degenza	Non previsto	Per la Formula Super franchigia relativa di 3 giorni (se il ricovero ha durata > 3 giorni, l'indennità è dovuta dal primo giorno)	180 giorni per annualità assicurativa; 30 giorni per annualità assicurativa per ricoveri dovuti a terapie oncologiche
Indennità di degenza – Day hospital	Non previsto	Per la Formula Super franchigia relativa di 3 giorni (se il ricovero ha durata > 3 giorni, l'indennità è dovuta dal primo giorno)	50% dell'importo assicurato per la sola degenza e con il massimo di 180 per annualità assicurativa
Indennità di convalida	Non previsto	Non previsto	50% dell'importo assicurato per la degenza e per una durata massima di 100 giorni
Maggiorazione Indennità di degenza per Infortunio che determini una Invalidità Permanente Grave	Non previsto	Non previsto	Maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa
Indennità per accompagnatore	Non previsto	Non prevista per Formule Light e Plus; 3 giorni per la Formula Super (se il ricovero ha durata <=3, non si procede ad indennizzo; se il ricovero ha durata > 3 giorni, l'indennità è dovuta dal primo giorno)	Rimborso giornaliero entro € 50 per un massimo di 30 giorni per ricovero
Ricovero del coniuge non assicurato	Non previsto	9 giorni	Indennità corrisposta al massimo per 30 giorni per annualità assicurativa

MG - SEZIONE MALATTIE GRAVI

Che cosa posso assicurare

MG.1 - Che cosa si assicura

L'assicurazione riconosce un indennizzo forfettario all'Assicurato in caso di diagnosi di Malattia Grave (così come definita nel "Glossario").

Contro quali danni posso assicurarmi

MG.2 - Garanzie prestate

Il contratto, nei limiti ed alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, riconosce all'Assicurato la corresponsione della somma assicurata indicata in polizza nel caso di diagnosi, **documentata durante il periodo di validità della copertura**, di una delle seguenti malattie gravi:

- Cancro
- Ictus
- Infarto Miocardico

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

MG.3 - Limite di erogazione delle prestazioni

Fermo quanto previsto dal successivo articolo MG.4 "Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo", **per ciascun Assicurato, la presente garanzia potrà essere erogata per un massimo di due volte per l'intera durata contrattuale. Per ciascun Assicurato, la presente garanzia è da ritenersi pertanto non più operante dopo il pagamento del secondo indennizzo.**

MG.4 - Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo

Fermo quanto previsto dal precedente articolo MG.3 - "Limiti di erogazione delle prestazioni", successivamente al primo sinistro indennizzabile in base alla presente garanzia, in caso di seconda diagnosi di una delle malattie gravi elencate all'articolo "MG.2 – Garanzie prestate", **purché diversa da quella oggetto del primo sinistro, il contratto riconosce all'Assicurato l'ulteriore corresponsione di una somma assicurata pari al 50% della somma assicurata minore tra quella riportata sulla Scheda di copertura e quella prevista nel contratto sul quale si è avuto il primo indennizzo.**

Limitatamente al solo caso di seconda patologia di Cancro, si precisa che:

- a) **è coperto un cancro configurabile come recidiva del primo cancro** (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) **solo se diagnosticato nei successivi 5 anni dalla data di conclusione** dell'ultimo trattamento terapeutico e sia documentata e comprovata la completa guarigione (remissione) del primo cancro.
- b) **è coperto un nuovo cancro che sia istologicamente diverso dal primo cancro** (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente).

Fermo quanto suindicato, **per ciascun Assicurato, il secondo (ed ultimo) indennizzo sarà riconosciuto purché siano soddisfatte, contemporaneamente, le seguenti condizioni:**

1. **la polizza sia stata rinnovata od abbia sostituito altro contratto dotato della presente garanzia, senza soluzione di continuità;**
2. **siano trascorsi almeno novanta (90) giorni dalla diagnosi del primo sinistro liquidato;**
3. **nello stesso periodo assicurativo, non sia stato corrisposto altro indennizzo per la presente garanzia.**

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un altro contratto, ai fini del riconoscimento del secondo indennizzo, è necessario che dal momento della diagnosi della seconda malattia grave per la quale viene fatta richiesta di indennizzo, sia trascorso almeno un anno dall'ultimo rinnovo annuale del contratto sostituito.

In caso di sostituzione del contratto, se l'Assicurato risulta essere stato coperto, senza soluzione continuità, con altre polizze emesse dalla Società per la garanzia "Malattie Gravi" (di cui alla presente Sezione) e per la quale sia già stato liquidato un indennizzo, la suddetta garanzia cesserà di avere efficacia dopo il pagamento del primo sinistro liquidabile a termini di contratto, che verrà indennizzato in base a quanto previsto al presente articolo.

MG.5 - Esclusioni

E' esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a) **attività dolosa del Contraente e/o Assicurato;**
- b) **partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;**
- c) **eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;**
- d) **malattie, malformazioni, difetti fisici, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della polizza di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;**
- e) **danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;**
- f) **abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
- g) **malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;**
- h) **svolgimento di una delle seguenti attività professionali:**
 - **Personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in**

attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;

- Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- Palombari, speleologi, sminatori, artificieri, stuntman, personale circense;
- Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi;
- Personale delle forze armate impiegato in missione all'estero.

Inoltre, per le diverse tipologie di Malattie Gravi, valgono le seguenti esclusioni:

Cancro:

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, nonché tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi.

2) carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno alla categoria T2N0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione

Sono sempre esclusi, indipendentemente dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, i carcinomi midollari.

3) tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2bN0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione;

4) carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibroscarcomaprotruberante.

5) cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina,*) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili

6) tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza;

Inoltre, fermo quanto previsto dai precedenti articoli MG.3 - Limite di erogazione delle prestazioni, e MG.4 – “Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo”, in caso di diagnosi di un secondo episodio di Cancro, tale patologia non è in garanzia qualora si tratti di recidiva del primo cancro (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) se diagnosticato entro 5 anni dalla data di conclusione dell'ultimo trattamento terapeutico.

Ictus:

sono esclusi dall'assicurazione:

1) gli attacchi ischemici transitori (TIA)

2) le lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni

3) le emorragie secondarie in una lesione cerebrale preesistente

4) i danni cerebrali dovuti ad infezioni, vasculite, malattia infiammatoria;

5) i disturbi ischemici del sistema vestibolare

Infarto Miocardico:

sono escluse dall'assicurazione le conseguenze dirette ed indirette di sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.

MG.6 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

MG.7 - Sopravvivenza alla diagnosi

La Società, corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza, a condizione che l'Assicurato risulti essere in vita al momento della diagnosi della malattia grave denunciata.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Malattie Gravi			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Malattie Gravi	Non previsto	Non previsto	Nel limite del massimale riportato sulla Scheda di copertura. Tale massimale viene ridotto del 50% in caso di secondo indennizzo

IM - SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Che cosa posso assicurare

IM.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga ad indennizzare l'Assicurato della perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità dello stesso Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Contro quali danni posso assicurarmi

IM.2 - Garanzie prestate

IM.2.1 - Invalidità permanente da malattia

Qualora sulla Scheda di copertura sia resa operante la garanzia Invalidità permanente da malattia, in caso di Invalidità permanente che sia determinata da malattia, indennizzabile a termini di polizza, la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante pattuita sul frontespizio di polizza alla voce "Invalidità permanente da malattia".

La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate.

IM.2.2 - Rendita vitalizia da malattia

Qualora sulla Scheda di copertura sia resa operante la garanzia 'Rendita vitalizia da malattia', in caso di invalidità permanente causata da malattia indennizzabile ai sensi di polizza **che determini una invalidità permanente accertata almeno pari al 66% della totale**, verrà garantito, anche in aggiunta all'indennizzo di cui al precedente articolo IM.2.1, il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante dalla Scheda di copertura alla voce 'Rendita Vitalizia da malattia'. Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla Sara Vita S.p.A. e stipulata tra la stessa Sara Vita e Sara Assicurazioni (quest'ultima in qualità di Contraente), e con premio a carico della Sara Assicurazioni. L'effetto della polizza emessa da Sara Vita avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuata dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita. La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

IM.3 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- stati patologici già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o, nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o della sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo, nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso)
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti
- tentato suicidio
- conseguenze di aborto volontario non terapeutico
- conseguenze di azioni delittuose tentate o commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenza e negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso)
- malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

IM.4 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'articolo "NC.8 - Pagamento del premio", le garanzie di cui alla presente Sezione decorrono:

- a) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- b) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

IM.5 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Invalidità permanente da malattia			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Invalidità permanente da malattia	Non previsto	25%	Non previsto
Rendita vitalizia da malattia	Non previsto	Invalidità permanente da malattia accertata maggiore uguale a 66%	Non previsto

AS - SEZIONE ASSISTENZA

Che cosa posso assicurare

AS.1 - Cosa si assicura

SARA provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa ad erogare le Prestazioni di Assistenza previste nella presente sezione, consistenti in aiuto tempestivo, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito rientrante in garanzia.

Contro quali danni posso assicurarmi

AS.2 - Prestazioni fornite

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornisce le prestazioni di assistenza nei modi ed entro i limiti di seguito specificati.

Prelievo campioni al domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio (come da certificato del medico curante) ed abbia necessità di eseguire esami diagnostici, può richiedere alla Struttura organizzativa l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna al centro analisi convenzionato con la Struttura organizzativa e l'invio degli esiti a domicilio.

La Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione delle prestazioni, **il costo del personale inviato. Il costo degli esami clinici rimane comunque a carico dell'Assicurato.**

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

Invio medicinali al domicilio

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, a seguito di prescrizione medica abbia bisogno di medicine e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

Il costo dei farmaci è a carico dell'Assicurato.

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

Invio di una collaboratrice domestica

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato si trovi presso il proprio domicilio in una condizione tale per cui necessiti una permanenza a letto certificata da prescrizione medica e necessiti di una collaboratrice domestica per sistemare la casa, la Struttura organizzativa provvederà al rimborso all'Assicurato delle spese documentate per il servizio **sino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.**

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa. **La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte nel corso dell'anno assicurativo.**

Cure fisioterapiche

Qualora l'Assicurato che abbia subito un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti, entro i trenta giorni successivi alla data di dimissione o dalla data di rimozione della gessatura, di una delle seguenti cure fisioterapiche, purché prescritte dal medico ospedaliero/curante ed inserita nell'ambito di un unico ciclo di cure:

Masso - kinesi terapia, Elettro-fisioterapia, Fisioterapia radiante, Radar-terapia, Laser-terapia, la Società, previo accordo tra il medico di guardia della Struttura organizzativa ed il Medico curante dell'Assicurato, provvederà, a seconda dei casi, ad inviare un fisioterapista, facente parte della propria rete convenzionata presso il domicilio dell'Assicurato (in Italia) oppure a prenotare le sedute fisioterapiche presso un centro di fisioterapia. Per ogni anno di validità della copertura e per ogni Assicurato, **la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio e i costi di trasporto, gli onorari del fisioterapista o comunque il costo della seduta presso il centro di fisioterapia, fino ad un massimo di € 1.000. Tale massimale deve intendersi riferito ai costi di trasporto, agli onorari e alle sedute di fisioterapia e per ogni annualità assicurativa.**

La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte per anno assicurativo.

Trasporto in autoambulanza

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Struttura organizzativa invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.**

Il costo eccedente il massimale previsto di € 500, per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.

Rimpatrio sanitario

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, le condizioni dell'Assicurato che si trovi all'estero, accertate tramite contatti tra i medici della Struttura organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario e possibile il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia od al suo domicilio, la Struttura organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa riterranno più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

La Struttura organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

Il trasporto e' organizzato interamente dalla Struttura organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale stessa.

La Struttura organizzativa qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società ha diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.

Assistenza ai familiari

Qualora l'Assicurato in viaggio in Italia con la famiglia, subisca un Infortunio indennizzabile a termini di polizza che gli impedisca la prosecuzione del viaggio e che ne determini il ricovero in istituto di cura, la Società organizza e dispone per i familiari che viaggiano con

lui quanto segue:

- la Società tiene a suo carico le spese di soggiorno e di pernottamento per i familiari **fino ad un massimo di tre notti per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;**
 - in alternativa, in caso di rientro al domicilio, la Società tiene a suo carico le spese di viaggio dei familiari, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se, il viaggio supera le 6 ore, in aereo (classe economica) **per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;**
 - in alternativa, in caso della presenza di minori di anni 15 che rimangano soli durante il soggiorno, la Società provvederà ad organizzare il viaggio di un familiare dell'Assicurato, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se il viaggio supera le 6 ore in aereo (classe economica) per permettergli di raggiungere i minori in loco e riaccomagnarli presso il loro domicilio in Italia, **tenendo a carico i costi fino ad un massimo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa. Sono escluse le spese del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.**
- La Società ha diritto di richiedere all'Assicurato, i biglietti di viaggio non utilizzati dai familiari.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

AS.3 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Si richiamano le esclusioni di cui all'articolo IN.4 "Rischi esclusi dall'assicurazione" della sezione "Infortuni".

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, SARA non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.

AS.4 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia - Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (**limitatamente alla parte europea**).

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Assistenza			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Prelievo campioni a domicilio	Non previsto	Non previsto	tre eventi per annualità assicurativa
Invio medicinali a domicilio	Non previsto	Non previsto	tre eventi per annualità assicurativa
Invio collaboratrice domestica	Non previsto	Non previsto	€ 500 per annualità assicurativa
Cure fisioterapiche	Non previsto	Non previsto	€ 1.000 per annualità assicurativa
Trasporto in ambulanza	Non previsto	Non previsto	€ 500 per annualità
Rimpatrio sanitario	Non previsto	Non previsto	€ 5.000 per annualità assicurativa
Assistenza ai familiari - Spese di soggiorno e pernottamento	Non previsto	Non previsto	3 notti per un importo massimo di € 1.000 per annualità assicurativa
Assistenza ai familiari - rientro al domicilio	Non previsto	Non previsto	€ 1.000 per annualità assicurativa
Assistenza ai familiari - minori di 15 anni rimasti soli durante il soggiorno	Non previsto	Non previsto	€ 1.000 per annualità assicurativa

TL - SEZIONE TUTELA LEGALE

Che cosa posso assicurare

TL.1 - Oggetto dell'assicurazione

SARA garantisce, **nei limiti del Massimale e delle condizioni previste in Polizza**, la Tutela Legale dell'Assicurato, nei casi appresso indicati, per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale.

Sono compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, e precisamente:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del Caso Assicurativo anche quando la vertenza venga trattata tramite il coinvolgimento di un Organismo di mediazione;
- le eventuali spese del legale di controparte nel caso di soccombenza o di transazione autorizzata da SARA;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e dei Periti, purché scelti in accordo con SARA;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia;
- il Contributo Unificato (previsto dal D.L. n. 28/2002, convertito in legge n. 91/2002), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;
- le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
- le spese per indagini per la ricerca di prove a difesa;
- le spese dell'arbitro sostenute dall'Assicurato qualora sia incaricato per la decisione di controversie previste dalla polizza;
- le spese di domiciliazione necessarie, esclusa ogni duplicazione di onorari ed i compensi per la trasferta.

Qualora tali oneri siano posti a carico della controparte, la Società ha diritto al rimborso di quanto eventualmente anticipato.

E' garantito l'intervento di un unico legale, territorialmente competente, per ogni grado di giudizio.

Nel caso di controversie tra Assicurati con la stessa Polizza, la garanzia viene prestata unicamente a favore dell'Assicurato che sia anche Contraente. Le controversie promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico Sinistro. In caso di imputazioni a carico di più soggetti assicurati, e dovute al medesimo fatto, il Sinistro è unico a tutti gli effetti.

Contro quali danni posso assicurarmi

TL.2 - Eventi per i quali è prestata l'Assicurazione

Per ciascun Assicurato, si intende operante l'Opzione di seguito riportata se espressamente indicata sul frontespizio di Polizza e se è stato corrisposto il relativo Premio:

Opzione Tutela Legale per recupero danni alla persona

Le prestazioni formanti oggetto dell'Assicurazione a norma dell'art. TL.1 sono fornite al Contraente assicurato.

La Società assume a proprio carico, **nel limite del massimale di € 5.000 per annualità assicurativa**, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali per il recupero dei danni alla persona dell'Assicurato a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza che coinvolga responsabilità di un terzo. **Sono escluse le spese per l'eventuale assistenza peritale.**

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

TL.3 - Condizioni di operatività

E' condizione essenziale ai fini dell'operatività delle garanzie sopra indicate, che:

- l'**Infortunio** cui si riferisce la richiesta di assistenza legale sia **indennizzabile a termini di polizza**;
- in caso di **Infortunio legato alla circolazione stradale**, il **conducente-assicurato** sia **abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore**, sia **munito della prescritta patente ed ottemperi agli obblighi dalla stessa indicati**;
- la **controversia non derivi da rapporti contrattuali, fatti dolosi e fatti commessi dall'Assicurato in stato di alterazione psichica o in stato di ubriachezza o per effetto di abuso di psicofarmaci o uso di allucinogeni e stupefacenti**;
- il **procedimento non si riferisca ad una sanzione amministrativa o ad una contravvenzione per la quale è ammessa l'oblazione in via breve**;
- la **controversia o la violazione penale non derivino dalla partecipazione a gare o competizioni nonché alle relative fasi preliminari o finali previste dal regolamento particolare di gara, da atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, atti di vandalismo e risse da chiunque provocate**;
- il **trasporto di persone sia effettuato in conformità alle disposizioni vigenti o alle indicazioni della carta di circolazione.**

TL.4 - Limiti territoriali

L'assicurazione è operante per i sinistri processualmente trattabili ed eseguibili:

- Nei paesi dell'Unione Europea e Svizzera per le ipotesi di responsabilità di natura extracontrattuale e penale;
- Nella Repubblica Italiana, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino negli altri casi, salvo quanto previsto al punto successivo;
- Limitatamente agli infortuni verificatisi alla guida di veicoli a motore, la garanzia è estesa oltre che ai paesi indicati nei due punti precedenti, anche al territorio della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco.

TL.5 - Massimale

Per ciascun Assicurato, la garanzia è prestata entro il massimale per annualità assicurativa indicato all'articolo TL.2, e pari ad € 5.000.

TL.6 - Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia:

- il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere;
- gli oneri fiscali quali, a titolo esemplificativo, e non limitativo quelli riferiti a bollatura di documenti e spese di registrazione di sentenze e atti in genere;
- le spese per procedimenti penali derivanti tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, atti di vandalismo o risse da chiunque provocati;
- per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente; rapporti inerenti al diritto di famiglia, successioni e donazioni;
- le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
- le spese per procedimenti penali derivanti da imputazione per reato doloso dell'Assicurato;
- le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società.

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti

Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e scoperti Tutela Legale			
Garanzia	Scoperto %	Minimo scoperto o franchigia	Limite di indennizzo
Opzione Tutela legale per recupero danni alla persona	Non previsto	Non previsto	€ 5.000 per annualità assicurativa
Opzione Tutela Legale e peritale completa	Non previsto	Non previsto	€ 5.000 per annualità assicurativa

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.

SXIN - Sezione Infortuni

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXIN.1 - Criteri di indennizzabilità

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

SXIN.1.1 - Ulteriori criteri di indennizzo relativi alla garanzia Invalidità Permanente e/o Invalidità permanente grave

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di cui all'art. IN.2 "Invalidità permanente" ed "Invalidità Permanente Grave" del presente contratto sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente. Qualora l'Assicurato dovesse decedere, per cause diverse dalla malattia denunciata, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, ma prima che si sia provveduto alla liquidazione dell'indennizzo, la Società liquida agli eredi l'indennizzo che avrebbe liquidato a favore dell'Assicurato. Se invece l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dalla malattia denunciata, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Dovrà pertanto essere prodotta, a cura degli eredi, la copia conforme della cartella clinica completa in caso di ricovero dell'Assicurato o, in mancanza di ricovero, tutta la documentazione medica dalla quale poter valutare l'entità dei postumi permanenti nonché la documentazione comprovante le cause del decesso dell'Assicurato. In entrambi i casi la richiesta di liquidazione dell'indennizzo da parte degli eredi dovrà essere corredata da documenti notarili (es. testamento, relazione notarile che individui gli eredi dell'Assicurato) o dalla certificazione rilasciata dall'ufficio dall'Anagrafe del Comune di residenza, che consentano di identificare oggettivamente gli eredi e di determinare la quota di indennizzo spettante a ciascuno.

La Società si impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa su indicata.

SXIN.2 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto **devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.**

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

In ogni caso, l'Assicurato, o, in caso di morte, i beneficiari, deve sempre consentire alla Società, le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia, ed, in caso di ricovero, ove richiesto dalla Società, produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

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

SXIN.3 - Controversie - Arbitrato irrituale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli contenuti nella Sezione Infortuni.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dal precedente articolo:

SXIN.1 - 'Criteri d'indennizzabilità';

SXIN.1.1 - 'Ulteriori criteri di indennizzo relativi alla garanzia Invalidità Permanente e/o Invalidità permanente grave'

del presente contratto, possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il Collegio Medico.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

SXIN.4 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXDC - Sezione Indennità di ricovero e convalescenza da infortunio e malattia

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXDC.1 - Obblighi in caso di sinistro

Nel caso in cui l'Assicurato intenda richiedere un'indennità di degenza, convalescenza, o day hospital, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede della Società al seguente indirizzo:

Sara Assicurazioni S.p.A.
Back Office Sinistri Malattia

Via Po 20 Roma 00198,

quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa. In caso di infortunio, la denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del c.c.

SXDC.2 . Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza e day hospital

Nei termini previsti all'articolo DC.2.1 - "Indennità di degenza":

- la Società corrisponde per ogni giorno di ricovero un'indennità giornaliera pari agli importi indicati nella sottostante "Tabella Indennità di degenza, convalescenza", corrispondenti alla Formula prescelta dall'Assicurato ed indicata sulla Scheda di copertura.
- la Società, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità in misura del 50% dell'importo assicurato per la degenza.
- nel caso previsto dall'articolo DC. 3.3 - "Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave", la maggiorazione prevista verrà corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.
- nel caso previsto all'articolo DG 3.5 - "Indennità per Accompagnatore", il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle copie delle fatture o ricevute, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato al termine del ricovero (o day hospital) su presentazione della copia conforme all'originale della cartella clinica. La documentazione verrà restituita all'Assicurato su richiesta, successivamente alla liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Il pagamento dell'indennità di gessatura viene effettuato al termine del periodo indennizzabile e su presentazione di idonea certificazione medica

SXDC.3 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. 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 arbitrali devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

SXDC.4 - Centrale Salute

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Centrale Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia: 800.095.095, 800.896.992 e dall'estero (0117425692).

La Centrale Salute osserva i seguenti orari:

lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18

SXDC.5 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXMG - Sezione Malattie Gravi

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXMG.1 - Obblighi in caso di sinistro

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie rientranti nella definizione di "Malattia grave", il **Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede della Società** al seguente indirizzo: Sara Assicurazioni Back Office Sinistri Malattia Via Po 20 Roma 00198, quanto prima possibile, dalla data di diagnosi della malattia, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c.

La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica:

- copia conforme all'originale della cartella clinica, attestante la natura della Malattia e la data di diagnosi;
- esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio a supporto della diagnosi della Malattia, come specificati nelle singole definizioni delle malattie gravi.

La documentazione a supporto della richiesta di prestazione deve essere necessariamente prodotta in uno dei Paesi di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

In caso contrario, la diagnosi rilasciata all'Assicurato dovrà essere confermata da una Struttura Sanitaria ubicata in Italia.

L'inadempimento degli obblighi di cui al presente articolo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì inviare alla Società eventuale ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per l'identificazione della Malattia, nonché fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

SXMG.2 - Controversie - Arbitrato irrituale

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata, sulla base di quanto stabilito dalle norme contenute nella Sezione CR - Malattie Gravi.

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

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

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

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

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

SXMG.3 - Centrale Salute

Attraverso i numeri verdi di seguito indicati si può accedere alla Centrale Salute, che ha il compito di indennizzare i sinistri relativi alla presente garanzia: 800.095.095, 800.896.992 e dall'estero (0117425692).

La Centrale Salute osserva i seguenti orari: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18.

SXMG.4 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro trenta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXIM - Sezione Invalidità Permanente da malattia

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXIM.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato od altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta alla Società od all'Agenzia che ha in carico il contratto.

L'Assicurato deve altresì:

- inviare alla Società le attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, cope delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

SXIM.2 - Criteri per la valutazione dell'indennizzo

SXIM.2.1 - Accertamento del grado di invalidità permanente da malattia

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le Invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

A maggior chiarimento di quanto sopra indicato devono intendersi per:

- malattie coesistenti: le malattie od Invalidità presenti nel soggetto, che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;
- malattie concorrenti: le malattie ed Invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla Invalidità da essi causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

L'accertamento del grado di Invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e facendo riferimento ai criteri esposti nell'Allegato ALL-IM.1 "Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità permanente da malattia" e non oltre due anni dalla data di denuncia della malattia.

Nei casi di Invalidità permanente non specificata nel citato allegato, la percentuale di Invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

SXIM.2.2 - Determinazione dell'indennizzo

SXIM.2.2.1 - Determinazione dell'indennizzo - Invalidità permanente da malattia

Fermo restando quanto previsto al precedente articolo, e limitatamente alla garanzia di cui all'articolo "IM.2.1 - Invalidità permanente da Malattia" si conviene che:

- 1) **se l'invalidità Permanente accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;**
- 2) i casi di Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella sottostante tabella alla voce "Indennizzo % della somma assicurata" in corrispondenza al grado di Invalidità permanente accertata".

La percentuale di invalidità permanente da malattia, fermi i criteri di cui al precedente articolo, viene determinata sulla base dei "Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia" di cui all'Allegato ALL-IM.1.

% di Invalidità permanente accertata	Indennizzo % della somma assicurata	% di Invalidità permanente accertata	Indennizzo % della somma assicurata
25	5	32	26
26	8	33	29
27	11	34	32
28	14	da 35 a 63	da 35 a 63
29	17	64	67
30	20	65	70
31	23	66 ed oltre	100

Qualora l'Assicurato dovesse decedere, per cause diverse dalla malattia denunciata, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, ma prima che si sia provveduto alla liquidazione dell'indennizzo, la Società liquida agli eredi l'indennizzo che avrebbe liquidato a favore dell'Assicurato. Se invece l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dalla malattia denunciata, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Dovrà pertanto essere prodotta, a cura degli eredi, la copia conforme della cartella clinica completa in caso di ricovero dell'Assicurato o, in mancanza di ricovero, tutta la documentazione medica dalla quale poter valutare l'entità dei postumi permanenti nonché la documentazione comprovante le cause del decesso dell'Assicurato. In entrambi i casi la richiesta di liquidazione dell'indennizzo da parte degli eredi dovrà essere corredata da documenti notarili (es. testamento, relazione notarile che individui gli eredi dell'Assicurato) o dalla certificazione rilasciata dall'ufficio dall'Anagrafe del Comune di residenza, che consentano di identificare oggettivamente gli eredi e di determinare la quota di indennizzo spettante a ciascuno.

La Società si impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa su indicata.

SXIM.2.2.2 - Determinazione dell'indennizzo - Rendita vitalizia da malattia

La percentuale di invalidità permanente da malattia, fermi i criteri di cui al precedente articolo SXIM.2.1, viene determinata sulla base dei "Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia" di cui all'Allegato ALL-IM.1.

Si conviene che qualora l'Assicurato dovesse decedere prima che si sia provveduto alla corresponsione della rendita, **la Società non è tenuta a riconoscere alcun indennizzo.**

SXIM.3 - Controversie - Arbitrato irrituale

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata, sulla base di quanto stabilito dalle norme contenute nella Sezione IM - Invalidità permanente da malattia.

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

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

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

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve

essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

SXIM.4 - Tempi di liquidazione dell'indennizzo

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

SXAS - Sezione Assistenza

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

Premessa

SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia si avvale di una Struttura Organizzativa esterna. SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza e la gestione dei Sinistri relativi alla garanzia Assistenza si avvale di ACI Global Servizi S.p.A., con sede Sociale in Roma - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/a 00156 RM - e sede secondaria in Milano - Viale Sarca 336 20126 MI, autorizzata ai termini di Legge alla prestazione dei servizi oggetto del presente contratto.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa che provvederà all'erogazione delle Prestazioni di Assistenza.

SXAS.1 - Obblighi in caso di sinistro

Per ottenere una Prestazione di Assistenza rientrante tra quelle previste nella presente sezione, l'Assicurato che si trovi in difficoltà durante il periodo di validità della Polizza, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, **dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa**, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero: +39.02.66165538

Per fax: +39.02.66100944

L'Assicurato dovrà comunicare:

- il numero di Polizza;
- la Prestazione di Assistenza richiesta;
- il recapito telefonico;
- le proprie generalità complete;
- il luogo in cui si trova al momento della richiesta della Prestazione di Assistenza.

L'Assicurato è tenuto inoltre a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, ogni documentazione comprovante il diritto alle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia. Tutte le Prestazioni di Assistenza comunque devono essere autorizzate dalla Struttura Organizzativa pena la decadenza da ogni diritto.

Le spese conseguenti alle Prestazioni di Assistenza sono a carico di SARA, nei limiti fissati per ogni garanzia, dove espressamente indicato. Negli altri casi sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo suindicato della Struttura Organizzativa o, in alternativa, trasmesse tramite fax.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. **Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro.** Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

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

SARA si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella Polizza o dalla legge.

SXTL - Sezione Tutela Legale

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SXTL.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società la documentazione necessaria al recupero dei danni subiti quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, certificazione medica e ricevuta delle spese mediche e ospedaliere, cartella clinica in caso di ricovero, documentazioni attestanti il decorso delle lesioni subite, preventivo o fattura delle riparazioni, fotografie del veicolo danneggiato, verbale delle Autorità intervenute, provvedimento dell'Autorità in caso di sequestro del veicolo.

SXTL.2 - Gestione del sinistro – Scelta del legale

Al ricevimento della denuncia di sinistro la Società, d'intesa con l'Assicurato, svolge anzitutto ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della controversia.

In mancanza di tale definizione, oppure quando vi sia conflitto di interessi o disaccordo nella gestione del sinistro tra la Società e l'Assicurato, quest'ultimo per la ulteriore tutela dei suoi interessi ha diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove l'Assicurato ha il proprio domicilio o ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere della controversia, comunicandone il nominativo alla Società. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.

La designazione del legale di cui al precedente comma dovrà essere comunque fatta quando sia necessaria una difesa penale. L'incarico professionale al legale indicato dall'Assicurato verrà conferito esclusivamente dalla Società e l'Assicurato rilascerà al suddetto legale la necessaria procura.

La Società non è responsabile dell'operato dei legali designati. Parimenti la Società non risponde delle eventuali iniziative poste in essere dall'Assicurato prima della presentazione della denuncia di sinistro, né del pregiudizio da queste eventualmente derivato. Dopo la presentazione della denuncia di sinistro, L'Assicurato non può dare corso ad alcuna azione o iniziativa né addivenire alla definizione della vertenza senza preventivo benestare della Società, che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta, pena l'inoperatività della garanzia e l'obbligo di restituire le spese eventualmente anticipate dalla Società. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benestare. L'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro tutti gli atti e documenti occorrenti, nonché ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della vertenza. Nei casi di ottenuta liquidazione o definizione in favore dell'Assicurato, tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi rimarranno di esclusiva spettanza dell'Assicurato stesso, mentre quanto liquidato giudizialmente o transattivamente per spese, competenze ed onorari sarà di esclusiva pertinenza della Società e/o legale designato. La normativa del presente articolo vale anche, per quanto applicabile, relativamente alla scelta, alla nomina e all'attività professionale dei Periti.

SXTL.3 - Divergenza delle valutazioni sul sinistro – Arbitrato

In caso di divergenza di valutazioni tra l'Assicurato e la Società circa la probabilità di esito favorevole di una procedura giudiziale da intraprendere o da coltivare sia in primo che nei superiori gradi di giudizio, ovvero circa la convenienza di una transazione stragiudiziale ottenibile, **la Società non è tenuta a prestare ulteriormente la garanzia per il sinistro in contestazione e sospende le prestazioni in corso dandone comunicazione motivata all'Assicurato.**

L'Assicurato ha facoltà di ricorrere ad una delle seguenti soluzioni, comunicando preventivamente alla Società quella scelta:

- a. adire l'autorità giudiziaria perché indichi il comportamento da tenersi.
- b. promuovere una procedura di arbitrato sui punti controversi, da attuarsi mediante la nomina congiunta di un arbitro scelto di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuisce per la metà alle spese della procedura arbitrale, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
- c. intraprendere o proseguire la procedura giudiziaria a proprie spese. In tal caso la Società è tenuta al rimborso delle citate spese qualora l'esito della procedura sia risultato più favorevole per l'Assicurato di quello ipotizzato o proposto dalla Società stessa.

Qualunque sia la soluzione prescelta, l'esposizione complessiva della Società, incluse le eventuali spese sostenute in precedenza, non potrà eccedere il massimale di polizza. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi delle predette procedure.

SXTL.4 - Tempi di liquidazione delle spese legali

Dopo avere verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento delle spese legali dovute entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.

Allegato ALL-IN.1

Elenco delle Attività Professionali

Classe professionale A0

Impiegati amministrativi in genere
Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale

Classe Professionale A

Agenti di commercio
Casalinghe
Studenti

Classe Professionale A1

Agenti :
- di cambio o di borsa od immobili
- di investigazione
- di pubblicità, teatrali, di collocamento, cinematografici
- di assicurazione
Agricoltori che non prendono parte a lavori manuali
Antiquari senza restauro
Allevatori di animali che non prestano lavoro manuale
Amministratori
Archeologo che non partecipa a scavi Architetti occupati prevalentemente in ufficio Arredatori
Assistenti sociali (anche geriatrici)
Autotrasportatori, titolari di impresa che non prestano lavoro manuale
Avvocati - Procuratori Legali
Badanti
Bambini età prescolare (0-5 anni)
Barbieri
Benestanti senza particolari occupazioni
Biologi senza uso di sostanze chimiche
Bigliettai
Call center (addetto)
Cancelliere
Cassieri (banca, cinema, teatro, ecc.)
Clero (esclusi missionari)
Commercialisti (liberi professionisti)
Consulenti aziendali
Corrieri (amministrativo)
Dentisti
Diplomatico
Dirigenti occupati solo in ufficio
Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accesso a cantieri, ponti, impalcature, ecc.
Disegnatori occupati solo in ufficio
Distributori automatici di carburante (gestori) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
Enologi ed enotecnici
Erboristi
Estetisti / Truccatori
Farmacisti
Figurinista
Fotografi anche all'esterno esclusi fotoreporter all'estero
Galleristi (galleria d'arte)
Geologi occupati solo in ufficio
Geometri occupati solo in ufficio
Giornalisti: cronisti e corrispondenti esclusi inviati all'estero
Hostess di terra
Igienista dentale
Impiegati tecnici
Imprenditori in genere che non lavorano manualmente
Ingegneri occupati solo in ufficio
Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale
Interpreti
Istruttori di teoria di scuola guida
Magazzinieri - senza impiego di mezzi di sollevamento
Magistrati - Giudici
Manicure
Massaggiatori
Medici (esclusi effetti emanazioni radioattive per medici radiologi)
Militare (impiegato in ufficio mansioni amministrative no all'estero)
Musicisti
Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :
- abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
- articoli in pelle, calzature
- giocattoli, articoli sportivi
- cartolerie, librerie
- articoli od apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali

- rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria
- tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli igienico-sanitari : per tutti, esclusa l'installazione
- frutta e verdura,
- casalinghi
- bar, caffè, bottiglierie
- animali
- articoli religiosi Notai Odontotecnici Ostetriche
- Parrucchieri da donna
- Pedicure
- Pensionati
- Periti liberi professionisti
- Pittori (Artisti) no impalcature
- Pompe funebri (ufficio)
- Promotori finanziari
- Psicanalisti - Psicologi
- Puericultrici
- Revisore dei conti
- Ricevitoria lotto
- Sarti
- Scrittori
- Segretari comunali
- Sociologi
- Vetrinisti

Classe Professionale B

- Agenti marittimi (commissario avaria)
- Agrimensori ed agronomi
- Albergatori
- Allenatori sportivi - Insegnanti di discipline sportive
- Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (altri animali diversi da equini, ovini, suini)
- Ambulanti
- Animatori turistici / Disk Jockey
- Antiquari con restauro (vedi restauratori) Apicoltori
- Arbitri
- Architetti che accedono anche ai cantieri
- Armaioli (solo vendita)
- Armatori
- Attori, cantanti, direttori artistici
- Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, autoambulanze, autofficine
- Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente
- Bagnini
- Bidelli
- Bigiotteria (lavorazione)
- Biliardi e biliardini, videogiochi (gestori di sale di)
- Biologi con uso di sostanze chimiche
- Callisti – podologi
- Cameraman (no estero)
- Camerieri
- Cantinieri
- Cappellai -Guantai
- Casari
- Cave a giorno : proprietari od addetti che non lavorano manualmente
- Ceramiche, maioliche, porcellane (lavorazione)
- Cesellatori
- Cinematografi (operatori)
- Commessi viaggiatori - Piazzisti
- Concessionari auto-motoveicoli
- Cordami (lavorazione)
- Custodi / Guardarobieri / Uscieri
- Decoratori, intonacatori, stuccatori - solo a terra
- Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature
- Disegnatori con accesso ai cantieri
- Disinfestatori
- Disoccupati
- Distributori automatici di carburante (gestori) con manutenzione, lavaggio e simili
- Dog Sitter
- Domestici/e / Collaboratori Familiari
- Ebanisti - Intarsiatori - Intagliatori di legno - Impagliatori (sedie - recipienti)
- Esattori - Ufficiali giudiziari
- Fattorini e messi
- Fiorai
- Fisioterapisti
- Fornai
- Fuochisti, addetti ad impianti di riscaldamento
- Geometri che accedono anche ai cantieri
- Giardinieri - Vivaisti - Orticoltori
- Gommisti

Guardiacaccia - Guardiapesca - Guardie campestri
Guide turistiche
Imballatori
Imbalsamatori
Indossatori/trici
Infermieri diplomati / Paramedici
Ingegneri che accedono anche ai cantieri
Insegne : installazione fino a 4 mt. da terra
Ispettori di assicurazione/bancari
Istruttore di pratica di scuola guida
Lavanderie, tintorie, stirerie (addetti)
Linotipisti, litografi
Liutaio
Macchine da scrivere, calcolatrici e computer (riparazioni)
Macellai (no macellazione)
Maestro di sci
Materassai
Mediatori in genere
Modellisti
Modisti - Magliaie - Bustaie - Camiciaie
Necrofori
Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articolo igienico-sanitari :compresa istallazione/ no antenne
- ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli
- oreficerie, orologerie, gioiellerie
- panettiere, pasticcerie, gelaterie; per tutti compresa produzione propria
- salumerie, rosticcerie, pescherie
Orafi
Orologiai (riparazione)
Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)
Pastori
Pellicciai
Pittori : artisti su impalcature
Pompe funebri (trasporto)
Portavalori
Postini - Pony express Pulizie, addetti (interni)
Rammendatrici - Ricamatrici
Registi cine/teatro/televisione
Restauratori in genere
Rilegatori di libri
Riparatori radio TV
Ristoratori (ristoranti, trattorie, pizzerie - proprietario ed addetti)
Sagrestano
Scenografo / Coreografo Scultori (anche intagliatori)
Sindacalisti
Tappezzieri
Tessili (lavorazione)
Topografi
Uscieri - Portieri di stabili, di alberghi
Vasai
Veterinari
Vigili urbani

Classe Professionale C

Accalappiacani
Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (equini, bovini, suini)
Analisti chimici
Antennisti (installatori di antenne RADIO - TV)
Ascensoristi
Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico
Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio, etc.
Barcaioli
Biciclette (vendite e riparazioni)
Borse e pelletterie (fabbricazione di)
Botanici
Bronzo e rame (lavorazione)
Calzolai
Canestri (fabbricazione di)
Cantonieri
Carrozzeri di autoveicoli
Cartiere (addetti)
Cave a giorno senza uso di mine : proprietari od addetti che lavorano manualmente
Chimici (fabbricazione)
Collaudatori di autoveicoli - esclusi modelli da competizione
Corniciai
Corrieri con recapito
Cromatori e nichelatori
Cuochi

Cuoi e pellami (lavorazione)
Decoratori, intonacatori, stuccatori su impalcature o ponti
Elettrauto
Elettricisti che lavorano all'interno di edifici od a contatto con correnti a bassa tensione (600 V corrente continua e 400 V corrente alternata)
Floricoltori
Fonditori
Fabbri solo a terra
Fuochisti in impianti industriali
Galvanoplastica (addetti)
Geologi occupati anche all'esterno
Giornalai
Guardie notturne, giurate
Idraulici solo all'interno di edifici od a terra
Imbianchini (v. decoratori)
Impiegati con accesso a cantieri o ambienti con sostanze tossiche
Imprenditori edili che prendono parte a lavoro manuale
Insegnante di equitazione Lucidatori (pelle, mobili, metalli)
Macellai (si macellazione)
Macchinisti di treno
Maniscalchi - Stallieri
Marinai
Marmisti solo a terra
Montatori meccanici
Materie plastiche (stampaggio di)
Meccanici
Mobili (fabbricazione di)
Mosaicisti solo all'interno dei prefabbricati
Mugnai
Netturbini - operatori ecologici
Pavimentatori e piastrellisti
Plastica - stampaggio lamiere plastiche
Pulizie, addetti (in esterni)
Riscaldamento - installazione e/o riparazioni
Saldatori (con lavorazione autogena od elettrica)
Scalpellini non in cava
Scaricatori portuale/doganale/mercati
Soffiatori di vetro
Specchi (lavorazione)
Strumenti musicali (fabbricazione)
Sughero (lavorazione)
Tipografi
Tornitori
Vulcanizzatori
Zincografi

Classe Professionale D

Agricoltori che prendono parte a lavori manuali
Archeologo che partecipa a scavi solo nell'ambito della Unione Europea
Armaioi (produzione, riparazione, preparazione cartucce)
Abbatitori di piante/boscaioli
Autisti di autocarri e motocarri con carico e scarico
Autotrasportatori che guidano anche veicoli, con carico e scarico
Bottai
Carpentieri
Cave a giorno con uso di mine : proprietari od addetti che lavorano manualmente
Celluloide, plastica e simili (lavorazione)
Demolitore di autoveicoli
Edile acrobata
Elettricisti che lavorano all'esterno di edifici e/o a contatto con correnti ad alta tensione
Fabbri anche su impalcature e ponti
Facchini
Falegnami
Fuochi d'artificio - lavorazione
Gruisti
Idraulici con accesso a ponti, impalcature e tetti
Insegne : installazione oltre i 4 mt. da terra o su tetti
Lattonieri anche su impalcature e ponti
Marmisti anche su impalcature e ponti
Miniere (addetti)
Mosaicisti con accesso a ponti e impalcature
Muratori
Pescatori
Spazzacamini
Trattoristi / macchine movimento terra / Trivellatore
Verniciatori su impalcature, tetti, esterno navi
Vetrai
Vigili del fuoco

Classe professionale “R.D.” (assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società).

Ballerine professioniste
Cameraman inviati speciali all'estero
Fotoreporter all'estero
Giornalisti inviati speciali all'estero
Guide alpine
Militari (anche Guardia Forestale)
Missionari
Palombari
Poliziotti/Questori
Skipper
Sommozzatori / Palombari
Speleologi

Allegato ALL-IN.2

Tabella di valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	9%	1/3 del valore del dito
Anchilosi		
- di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della meta' della coscia	70%	
- al di sotto della meta' della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	80%	
Perdita anatomica o funzionale di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un dito del piede diverso dall'alluce	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
- dell'anca in posizione favorevole	35%	
- del ginocchio in estensione	25%	
- della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo:		
- sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa		
	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		
	2%	
Esiti di frattura del sacro		
	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		
	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
- un occhio	25%	
- ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
- un orecchio	10%	
- ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
- monolaterale	4%	

- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Allegato ALL-IN.3

Tabella di valutazione del grado di invalidità permanente specifica

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
- un arto superiore	85%	70%
- una mano o un avambraccio	80%	64%
- un pollice	40%	32%
- un indice	30%	24%
- un medio	24%	20%
- un anulare	10%	10%
- un mignolo	16%	12%
una falange ungueale:		
- del pollice	20%	16%
- dell'indice	12%	10%
- del medio	10%	8%

Per le singole falangi terminali delle dita viene considerata Invalidità permanente anche l'asportazione parziale o la perdita funzionale totale.

Allegato ALL-IM.1

PARAMETRI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELL' INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Sistema nervoso centrale

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il morbo di Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della deambulazione;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizione che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato;
- il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;
- disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;
- disturbi episodici (Sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici piane;
- presenza di attività vescicale e rettale riflessa con mancata riduzione del controllo volontario.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- il soggetto non può prendersi cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace di deambulare;
- alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

Apparato cardio vascolare

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le trombo flebiti, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione:

- classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):
 - Classe 1:** l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
 - Classe 2:** l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - Classe 3:** a riposo, i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - Classe 4:** i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;
- pressioni arteriosa;
- efficacia della terapia medica e chirurgica;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50% di una sola arteria coronarica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di by pass coronarico;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti-ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;
- soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti-ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con segni di miocardiopatia dilatativa ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

Apparato respiratorio

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino, quali ad esempio: le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente bronco spastica, dopo test di bronco dilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO2) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:

- FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;
- FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;
- FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA

oppure

- la PaO2 inferiore all'80% del valore teorico.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:

- FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA

oppure

- la PaO2 inferiore al 65% del valore teorico.

Apparato digerente

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazioni del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

I postumi della malattia e del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.

COLON, SIGMA E RETTO

I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.

FEGATO

I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica nè dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

COLON, SIGMA E RETTO

I postumi organici della malattia e del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

FEGATO

Sono presenti dati str

umentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie, di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

Apparato urinario

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della portineria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. oppure
Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg) senza adeguata terapia
oppure
sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

Clearance creatinina inferiore a 20ml/min. oppure
Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiore a 115 mmHg) non controllabile da adeguata terapia
oppure
sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

Sistema ematopoietico e linfatico

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, i tumori in genere, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr 10/100 ml. non necessita di emotrasfusioni
oppure
sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia
oppure
leucemia linfatica cronica in 1° stadio oppure
leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiore a gr 10/100 ml. con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure
presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure
leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

**Pagina lasciata
intenzionalmente in bianco**