

contratto saradefender
sara assicurazioni



Saradefender

Indice

Definizioni	pag.	6
--------------------	------	---

1) Sezione Infortuni

1.1	Rischi assicurati	pag.	8
1.2	Rischio volo	pag.	8
1.3	Infortuni determinati da calamità naturali	pag.	8
1.4	Infortuni causati da guerra, guerriglia o insurrezione	pag.	8
1.5	Rischi esclusi dall'assicurazione	pag.	8
1.6	Lesioni speciali	pag.	9
1.7	Criteri di indennizzabilità	pag.	9
1.8	Morte	pag.	9
1.9	Invalidità permanente	pag.	9
1.10	Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente	pag.	10
1.11	Invalidità permanente grave	pag.	10
1.12	Anticipo indennizzo	pag.	10
1.13	Rimborso spese sanitarie	pag.	11
1.14	Ricovero e convalescenza	pag.	11
1.15	Indennità di apparecchio gessato	pag.	11
1.16	Inabilità temporanea	pag.	11
1.17	Franchigia assoluta e differenziata sulla inabilità temporanea	pag.	12
1.18	Rendita vitalizia	pag.	12

2) Sezione Assistenza

2.1	Prelievo campioni al domicilio	pag.	13
2.2	Invio medicinali al domicilio	pag.	13
2.3	Collaboratrice domestica	pag.	13
2.4	Cure fisioterapiche	pag.	13
2.5	Trasporto in autoambulanza	pag.	13
2.6	Rimpatrio sanitario	pag.	14
2.7	Assistenza ai familiari	pag.	14
2.8	Rischi esclusi dall'assicurazione	pag.	14

3) Sezione Tutela Giudiziaria

3.1	Rischi assicurati	pag.	15
	A) Assistenza legale per recupero danni alla persona	pag.	15
	B) Assistenza legale e peritale completa	pag.	15
3.2	Rischi esclusi dall'assicurazione	pag.	15

3.3	Estensione territoriale	pag.	15
3.4	Massimale	pag.	15
3.5	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	pag.	16
3.6	Gestione del sinistro – Scelta del legale	pag.	16
3.7	Divergenza di valutazioni sul sinistro – Arbitrato	pag.	16

4) Sezione Invalidità Permanente da Malattia

4.1	Invalidità permanente da malattia	pag.	18
4.2	Rischi esclusi dall'assicurazione	pag.	19
4.3	Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa	pag.	19

5) Condizioni Generali

5.1	Persone non assicurabili	pag.	20
5.2	Validità territoriale	pag.	20
5.3	Pagamento del premio	pag.	20
5.4	Proroga dell'assicurazione	pag.	20
5.5	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	pag.	20
5.6	Altre assicurazioni	pag.	20
5.7	Aggravamento del rischio - Cambiamento dell'attività professionale	pag.	20
5.8	Diminuzione del rischio	pag.	21
5.9	Modifiche dell'assicurazione	pag.	21
5.10	Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato	pag.	21
5.11	Disdetta in caso di sinistro	pag.	21
5.12	Controversie - Arbitrato irrituale	pag.	22
5.13	Rinuncia al diritto di surrogazione	pag.	22
5.14	Oneri fiscali	pag.	22
5.15	Rinvio alle norme di legge	pag.	22

6) Condizioni particolari

A)	Difesa dall'inflazione	pag.	23
B)	Modifica alla franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente	pag.	23
	B.1 Forma con franchigia iniziale del 5%	pag.	23
	B.2 Forma con esclusione della franchigia iniziale	pag.	23
C)	Rivalutazione delle percentuali di invalidità permanente	pag.	23
D)	Adozione tabella INAIL	pag.	24
E)	Rischi sportivi particolari	pag.	24
F)	Rischi extraprofessionali	pag.	24

7) Condizioni speciali

A)	Condizione speciale della famiglia	pag.	25
	1) Invalidità permanente per minori di anni 25	pag.	25
	2) Morte violenta	pag.	25
	3) Commorienza dei genitori	pag.	25
	4) Perdita anno scolastico	pag.	25
	5) Danni estetici	pag.	25
B)	Condizione speciale riservata ai soci ACI	pag.	25

8) Allegati

1)	Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio	pag.	26
2)	Parametri indicativi per la valutazione dell'invalidità permanente da malattia	pag.	28
3)	Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente specifica	pag.	32
4)	Elenco delle attività professionali	pag.	33

Il contratto saradefender

Definizioni

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;

Centrale Operativa: vedi capitolo Sezione Assistenza.

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.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'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.

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.

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.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio o malattia – in quest'ultimo caso limitatamente a quanto previsto alla sezione 4) "Invalidità 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 competente 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.

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.

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

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

Società: SARA assicurazioni spa.

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

1) Sezione Infortuni

1.1 Rischi assicurati

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

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

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.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi indicati nei successivi art. 1.2 "Rischio volo", art. 1.3 "Infortuni determinati da calamità naturali", art. 1.4 "Infortuni causati da guerra, guerriglia o insurrezione" del presente contratto, nei limiti e con le modalità ivi descritte.

1.2 Rischio volo

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1.5 "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.

1.3 Infortuni 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 € 2.600.000 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.

1.4 Infortuni causati da guerra, guerriglia o insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1.5 "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.

1.5 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 necessarie 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. 1.4 "Infortuni causati da guerre, 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.Lgs. 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. 1.2 "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;
- n) dalla pratica dei seguenti sport:
 bob, sci estremo o acrobatico o sci alpinismo, snow-board, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, salto dal trampolino con sci od idroski, kite-surf, 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"), 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;
- o) partecipazione a corse o gare – e relative prove od allenamenti – ippiche, ciclistiche, sciistiche, di arti marziali, organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinati dagli stessi.

Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplezia, le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo quanto previsto dal successivo art. 1.6 "Lesioni Speciali".

1.6 Lesioni speciali

a. ERNIE TRAUMATICHE

La garanzia comprende le ernie di origine traumatica che comportino ricovero o 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.

b. LESIONI DEL TENDINE D'ACHILLE

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non) la Società, derogando all'art. 1.7 "Criteri di indennizzabilità", per la sola garanzia di invalidità permanente, riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione delle franchigie, ove previste. **Il disposto del presente articolo non si applica qualora sia stata resa operante la garanzia di cui all'art. 1.11 "Invalidità Permanente grave".**

1.7 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.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di all'art. 1.9 "Invalidità Permanente" del presente contratto sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

1.8 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 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.

1.9 Invalidità permanente

- a. Se l'infortunio ha come conseguenza l'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 per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato 1.
- 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 di cui all'Allegato 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 1, 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 di cui all'Allegato 1 e 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 indicati nella Tabella di cui all'Allegato 1 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.

1.10 Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente

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

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 104.000, 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 € 104.000 e fino a € 207.000 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;

- c) sulla parte di somma assicurata eccedente € 207.000 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) **quando l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 25% della totale la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza l'applicazione delle franchigie indicate nelle precedenti lettere a) b) c).**

Il disposto del presente articolo non trova applicazione per la garanzia di cui al successivo art. 1.11 "Invalidità Permanente grave".

1.11 Invalidità permanente grave

Qualora venga prescelta la presente garanzia, 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.

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. Alla valutazione dell'"Invalidità permanente grave" non è applicabile la Condizione Particolare C) "Rivalutazione delle percentuali di invalidità permanente" né la Condizione Particolare D) "Adozione Tabella INAIL".

1.12 Anticipo indennizzo

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente sia stimata pari o superiore al 25%, 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.

1.13 Rimborso spese sanitarie

Per la cura delle lesioni causate dall'infortunio la Società rimborsa – fino a concorrenza della somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza mod. 80AS al titolo “Quanto assicuriamo” alla voce “Rimborso spese di cura” – le spese effettivamente sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- visite mediche e specialistiche, consulti;
- medicinali prescritti dal medico curante;
- prestazioni infermieristiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- cure e protesi odontoiatriche rese necessarie da infortunio, con l'intesa che le spese per materiale prezioso e leghe speciali impiegati nella protesi sono rimborsabili fino a concorrenza di € 1.040 mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.

Per le prestazioni sanitarie sopra elencate 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.

1.14 Ricovero e convalescenza

Se l'infortunio rende necessario il ricovero in istituto di cura, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza mod. 80AS al titolo “Quanto assicuriamo” 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;
- b) in caso di convalescenza successiva al ricovero dell'Assicurato in un istituto di cura, ricovero che sia reso 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, mod. 80AS, al

titolo “Quanto assicuriamo” alla voce “Ricovero e Convalescenza”, fino ad un numero di giorni pari a quello del ricovero, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

L'indennizzo non è cumulabile con la garanzia “indennità di apparecchio gessato”, se coesistenti si applica quanto previsto al successivo art. 1.15.

1.15 Indennità di apparecchio gessato

Se, a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, si renda necessaria l'applicazione di “gessatura”, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza mod. 80AS, al titolo “Quanto assicuriamo” alla voce “Indennità di apparecchio gessato”, per una durata massima di 50 giorni per annualità assicurativa. L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'istituto di cura, se vi è stato ricovero.

L'indennità prevista al presente articolo, se coesistente con quella prevista al precedente art. 1.14 “Ricovero e Convalescenza” nonché con la garanzia prevista al successivo art. 1.16 “Inabilità Temporanea”, le assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire quella di durata maggiore (nel caso in cui per la diaria di durata minore risulti assicurato un importo maggiore, questa verrà corrisposta fino a che coesistente con quella di durata maggiore).

1.16 Inabilità temporanea

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza mod. 80AS al titolo “Quanto assicuriamo” 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.

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 si applica quanto previsto al precedente art. 1.15.

1.17 Franchigia assoluta e differenziata sulla inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuato a decorrere:

- a) dal sesto giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza per la parte di somma assicurata non eccedente € 30, nel caso in cui l'Assicurato presenti certificazione del Pronto Soccorso relativa all'infortunio, dall'undicesimo giorno in caso di assenza di certificazione del Pronto Soccorso;
- b) dal sedicesimo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza, per la parte di somma assicurata eccedente € 30.

1.18 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, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità permanente, anche il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sulla scheda di polizza mod. 80AS al titolo "Quanto assicuriamo" alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA, e con premio a carico della SARA assicurazioni, in base all'apposita convenzione stipulata tra la SARTA VITA e la 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.

2) Sezione Assistenza

Le garanzie di Assistenza sono materialmente erogate, per conto della Società, dalla Centrale Operativa di ACI Global, con sede in Via del Comune Antico, 43 Milano.

La Centrale Operativa è disponibile 24 ore su 24.

L'Assicurato per ottenere l'assistenza dovrà telefonare sempre e preventivamente alla Centrale Operativa al numero verde 800.095095

Per chi chiama dall'estero 0039.02.66165538

Numero di fax 02.66100944

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa i seguenti dati:

- numero di polizza
- generalità dell'Assicurato
- tipo di prestazione di cui necessita
- indirizzo temporaneo se diverso dal domicilio, recapito telefonico.

2.1 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 dal medico curante) ed abbia necessità di eseguire esami diagnostici, può richiedere alla Centrale Operativa l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna al centro analisi convenzionato con la Centrale Operativa 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 (salvo successivo rimborso ove risulti prescelta la garanzia "Rimborso spese sanitarie" di cui all'art. 1.13).

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

2.2 Invio medicinali al domicilio

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio 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 Centrale Operativa, 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.

2.3 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 Centrale Operativa 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.

2.4 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, perché 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 Centrale Operativa 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.

2.5 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 Centrale

Operativa 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.

2.6 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 Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario e possibile il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia od al suo domicilio, la Centrale Operativa 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 Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

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

La Centrale Operativa 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.

2.7 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 15 anni 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 riaccompagnarli 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.

2.8 Rischi esclusi dall'assicurazione

Si richiamano le esclusioni di cui all'art. 1.5 "rischi esclusi dall'assicurazione" della sezione "Infortuni".

3) Sezione tutela giudiziaria

3.1 Rischi assicurati

L'assicurazione vale in relazione ad una delle seguenti opzioni, scelta dal Contraente e richiamata nel frontespizio di polizza:

A) Assistenza legale per recupero danni alla persona

La Società assume a proprio carico, nel limite 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.

B) Assistenza legale e peritale completa

La Società assume a proprio carico, nel limite del massimale di € 5.000 per annualità assicurativa, l'onere delle 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 non conciliabile, comprese le spese processuali, a favore dell'Assicurato.
- Si precisa che in caso di incidente stradale la garanzia a favore del conducente-assicurato opera esclusivamente qualora si trovi alla guida con il consenso o su incarico del proprietario del veicolo ed esclusivamente ad integrazione e dopo esaurimento di quanto dovuto dall'assicuratore R.C.A. per spese di resistenza e di soccombenza e difesa penale;
- 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;
 - patrocinio 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.

3.2 Rischi esclusi dall'assicurazione

E' condizione essenziale ai fini dell'operatività della garanzia, 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 ottemperato agli obblighi dalla stessa indicati;

- la controversia non derivi da rapporti contrattuali, fatti dolosi e fatti commessi dall'Assicurato in stato di alterazione psichica 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.

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;
- 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.

3.3 Estensione territoriale

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 Bulgaria, Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco, Romania.

3.4 Massimale

La garanzia è prestata entro il massimale per annualità assicurativa indicato ai punti A) e B) dell' art. 3.1 "Rischi Assicurati" del presente contratto.

3.5 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.

3.6 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.

3.7 Divergenza di 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.

CHIAMATA GRATUITA NUMERO VERDE

Il servizio di consultazione telefonica accessibile agli Assicurati con la garanzia Assistenza Legale consente di ottenere senza alcuna spesa notizie e informazioni orientative su argomenti di natura giuridica riguardanti la garanzia prestata, nonché sulla gestione delle posizioni di sinistro.

Per usufruire del servizio, chiamare in ore di ufficio il numero verde 800-861112, in funzione nei giorni feriali – escluso il sabato – comunicando il proprio nome e cognome, il numero di polizza e la relativa decorrenza, nonché il numero di sinistro.

Il servizio è attivo fino a diversa comunicazione della Società.

4) Sezione Invalidità Permanente da Malattia

4.1 Invalidità permanente da malattia

In caso di Invalidità Permanente che sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione e che si verifichi non oltre la scadenza della polizza, la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante pattuita sul frontespizio di polizza mod. 80AS, al titolo "Quanto Assicuriamo" alla voce "Invalidità Permanente da malattia".

A partire dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione è indennizzabile fino a concorrenza della somma assicurata, anche il caso di Invalidità Permanente determinata da malattia che si verifichi non oltre la scadenza della polizza e risulti conseguente ad una situazione patologica insorta anteriormente alla stipula della polizza ma non conosciuta e/o diagnosticata al momento della stipulazione. La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate. La valutazione dell'indennizzo viene effettuata secondo le modalità ed i criteri che seguono:

a. Accertamento del grado di invalidità permanente

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 n° 2 "Parametri indicativi per la valutazione della invalidità permanente da 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.

b. Determinazione dell'indennizzo

Fermo restando quanto previsto alla precedente lettera A) 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 tabella "Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia" di cui all'Allegato n. 2 in corrispondenza al grado di invalidità permanente accertata.

% di invalidità permanente accertata	Indennizzo % della somma assicurata	% di invalidità permanente accertata	Indennizzo % della somma assicurata
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
da 35 a 63	da 35 a 63	75 e oltre	100
64	67		

4.2 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 di sostituzione con polizza mod. 80AS 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 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 radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

4.3 Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- 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 centoottantesimo 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.

5) Condizioni Generali

5.1 Persone non assicurabili

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

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; 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.

5.2 Validità territoriale

(salvo quanto diversamente previsto per la "Tutela Giudiziaria" all'art. 3.3 "Estensione Territoriale" del presente contratto).

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

5.3 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" di cui alla Sezione 4, giacché il premio annuale della garanzia è stato calcolato in base all'età di ogni singolo Assicurato, trascorsa la durata di cinque anni dalla data di stipulazione del contratto, qualora l'età raggiunta anche da uno solo degli Assicurati con garanzia Invalidità Permanente da Malattia comporti, in base alla tariffa vigente, un premio diverso da quello inizialmente pattuito, 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. 5.4 "Proroga dell'assicurazione".

5.4 Proroga dell'assicurazione

Fermo restando quanto previsto al precedente articolo 5.3 "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.

5.5 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 (Artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile).

5.6 Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

5.7 Aggravamento del rischio – Cambiamento dell'attività professionale

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate.

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.

Qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività professionale diversa da quella indicata nel semplice di polizza mod. 80AS, 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, e all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata.

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

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 4).

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.

5.8 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. 5.7 “Aggravamento del rischio – Cambiamento dell'attività professionale”, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

5.9 Modifiche dell'assicurazione

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

5.10 Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato

(salvo quanto diversamente previsto per l'”Assistenza Legale” all'art. 3.5 “Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro” del presente contratto).

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.

5.11 Disdetta 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.

Tale disposto però non è applicabile per la garanzia invalidità permanente da malattia inserita in polizze di durata inferiore o pari ai 5 anni. In caso di disdetta della Società nei termini

su indicati, la garanzia invalidità permanente da malattia, verrà mantenuta 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.

5.12 Controversie – Arbitrato irrituale

(salvo quanto diversamente previsto per l'Assistenza Legale" all'art. 3.7 "Divergenza di valutazioni sul sinistro arbitrato" del presente contratto).

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli contenuti nelle precedenti sezioni.

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 dall'art. 1.7 – "Criteri d'indennizzabilità" 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri nel verbale definitivo.

5.13 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.

5.14 Oneri fiscali

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

5.15 Rinvio alle norme di legge

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

6) Condizioni Particolari

(le seguenti condizioni sono operanti solo se espressamente richiamate sul frontespizio della scheda di copertura mod. 80AS)

A) Difesa dall'inflazione

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 adottata 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.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, entrambe la Parti hanno la facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

B) Modifica alla franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente

B1) Forma con franchigia iniziale del 5%

Qualora venga prescelta la presente condizione particolare B1), il disposto dell'art. 1.10 "Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente" della Sezione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue:

la liquidazione dell'indennizzo 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 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.

B2) Forma con esclusione dalla franchigia iniziale

Qualora venga prescelta la presente condizione particolare B2), il disposto dell'art. 1.10 "Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità permanente" della Sezione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue:

la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a. sulla parte di somma fino a € 52.000 non si applica alcuna franchigia;
- b. sulla parte iniziale di somma assicurata eccedente € 52.000 e fino a € 130.000 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 € 130.000 e fino a € 259.000 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;
- d. sulla parte di somma assicurata eccedente € 259.000 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) Rivalutazione delle percentuali di invalidità permanente

Valida per i soli Assicurati che esercitino una delle seguenti attività professionali:

- Dentista;
- Medico chirurgo;
- Musicista;
- Veterinario

Le percentuali di invalidità permanente previste dalla "Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato 1 si intendono modificate come da "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità Permanente specifica" di cui all'Allegato 3, esclusivamente

per le sole voci in essa contenute. La presente Condizione Particolare non è applicabile all'”invalidità permanente grave” prevista all'art. 1.11 del presente contratto.

D) Adozione Tabella INAIL

La tabella delle percentuali di invalidità permanente previste dall'Allegato 1 del presente contratto, si intende 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. Restano invece espressamente confermate le franchigie previste dall'art. 1.10 “Franchigia assoluta e differenziata sulla invalidità Permanente” della Sezione Infortuni o quelle previste, ove prescelte, dalle condizioni Particolari B1 e B2. La presente Condizione Particolare non è applicabile all'”invalidità permanente grave” prevista all'art. 1.11 del presente contratto.

E) Rischi sportivi particolari

A parziale deroga dell'art. 1.5 “Rischi esclusi dall'assicurazione” del presente contratto, la garanzia vale anche nello svolgimento delle attività sportive indicate alle successive lettere A e B, purché dette attività non vengano praticate a titolo professionistico:

A) dalla pratica delle seguenti attività:

bob, snow-board, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, kite-surf, alpinismo non “in solitaria” (fino al grado quinto della Scala di Monaco), football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, immersioni con autorespiratore (compresi incidenti da decompressione), hockey su ghiaccio;

B) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati e comunque svolti dalle relative Federazioni o

Enti Sportivi similari o patrocinati dagli stessi, per le seguenti attività: ippica, ciclismo, sci non in discesa libera, arti marziali.

Le attività di cui ai punti A) e B) del presente articolo sono prestate, indipendentemente dalle franchigie sulla invalidità permanente pattuite in polizza, con le seguenti franchigie: sulla parte di somma assicurata fino a € 207.000, 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; sulla parte di somma assicurata eccedente € 207.000 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.

Qualora venga invece prescelta la garanzia di cui all'art. 1.11 “Invalidità Permanente grave”, l'indennizzo della invalidità permanente verrà liquidato secondo quanto previsto da detta garanzia.

F) Rischi extraprofessionali

A modifica dell'art. 1.1 “Rischi assicurati” del presente contratto la garanzia è prestata limitatamente ai soli rischi extraprofessionali nell'ambito della vita comune, all'infuori pertanto dell'occupazione professionale dichiarata o di qualsiasi altra attività artigianale o comunque remunerata. L'Assicurato si impegna tuttavia a denunciare alla Società tutti gli infortuni che gli potessero occorrere, anche se esplicitamente esclusi dalla presente garanzia.

7) Condizioni Speciali

A) Condizione speciale della famiglia

Le presenti Condizioni Speciali per la famiglia sono operanti esclusivamente se con il presente contratto sono assicurate almeno due persone e comunque tutte quelle risultanti dallo stato di famiglia del Contraente, dopo l'esclusione delle sole persone inassicurabili a norma dell'art. 5.1 "Persone non assicurabili" del presente contratto.

1) 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 verrà corrisposto con una maggiorazione del 30%, fermo restando l'indennizzo massimo del 100% della somma assicurata.

2) 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'art. 1.5 "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 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 € 52.000 per singolo Assicurato.

3) 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 polizza modello 80AS, l'indennizzo per il caso di morte spettanti ai loro figli minorenni, in quanto beneficiari, verrà maggiorato del 50%.

La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente Condizione Speciale non potrà superare € 52.000.

La maggiorazione di indennizzo di cui alla presente Condizione Speciale non è cumulabile con quella di cui alla condizione speciale 2) "Morte violenta"; tuttavia ricorrendo il caso si applicherà la disposizione più favorevole ai beneficiari.

4) 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 € 1.500.

5) Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subito da un Assicurato di età non superiore agli anni 35 e che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso, la Società rimborserà, fino ad un importo massimo di € 2.500, tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato stesso per cure mediche effettuate – entro due anni dalla guarigione clinica – per eliminare il danno estetico.

B) Condizione speciale riservata ai soci ACI

Qualora il Contraente sia socio dell'ACI ed il rapporto di associazione abbia avuto inizio in data antecedente alla prima scadenza annuale della presente polizza, 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 10%.

8) Allegati

Allegato 1

TABELLA PER LA 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	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 metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
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 discorsivo 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 2

PARAMETRI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ 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, le 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.

Condizioni 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 pianeggianti;
- 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 prendere 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 Hearth (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 therapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50% di una sola arteria coronarica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile therapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di by-pass coronario;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile therapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile therapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95mmHg nonostante la terapia anti-ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;
- soggetto con persistenti aritmie non correggibili therapeuticamente 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 therapeuticamente e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile therapeuticamente 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 therapeuticamente e con segni di miocardiopatia dilatativa iper-trofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile therapeuticamente e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

Apparato respiratorio

I postumi della malattia 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 tecnico 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 all'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 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 strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità 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 della malattia 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 proteinuria;
- 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 100mmHg) 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 20 ml/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 endocrino

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutate in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e 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%

- La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia
oppure
- diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accettate lesioni d'organo diabete dipendenti.

Condizioni che determinano una invalidità permanente superiore al 74%

- La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico
oppure
- la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

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.

Allegato 3

TABELLA PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA		
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
un arto superiore	85%	70%
una mano od un avambraccio	80%	64%
un pollice	40%	32%
un indice	30%	24%
un medio	24%	20%
un anulare	12%	10%
un mignolo	15%	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 4

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Classe Professionale A

Agenti:

- di cambio o di borsa od immobili
- di commercio
- di investigazione
- di pubblicità, teatrali, di collocamento, cinematografici
- di assicurazione

Agricoltori che non prendono parte a lavori manuali

Antiquari senza restauro

Allivatori di animali che non prestano lavoro manuale

Amministratori

Architetti occupati prevalentemente in ufficio

Arredatori

Assistenti sociali

Autotrasportatori, titolari di impresa che non prestano lavoro manuale

Avvocati

Badanti

Barbieri

Biologi

Benestanti senza articolati occupazioni o pensionati

Bigliettai

Casalinghe

Cassieri (banca, cinema, teatro, ecc.)

Clero (esclusi missionari)

Commercialisti (liberi professionisti)

Consulenti aziendali

Corrieri (amministrativo)

Dentisti

Diplomatici

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 enotecnica

Erboristi

Estetisti

Farmacisti

Fotografi solo in studio

Fotografi anche all'esterno

Galleristi (galleria d'arte)

Geologi occupati solo in ufficio

Geometri occupati solo in ufficio

Giornalisti:

- cronisti e corrispondenti

Impiegati amministrativi in genere

Imprenditori in genere che non lavorano manualmente

Ingegneri occupati solo in ufficio

Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale

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

Manicure

Massaggiatori

Medici (esclusi effetti emanazioni radioattive per medici radiologi)

Musicisti

Negozi – Esercizi commerciali (proprietari od addetti):

- abiti, confezione, 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
- Periti liberi professionisti
- Pittori

Pompe funebri (ufficio)
Promotori finanziari
Psicanalisti – Psicologi
Puericultrici
Ricevitoria lotto
Sarti
Scrittori
Segretari comunali
Sociologi
Studenti
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, bovini, suini)
Ambulanti
Animatori turistici
Antiquari con restauro (vedi restauratori)
Apicoltori
Arbitri
Architetti che accedono anche ai cantieri
Armaioli (solo vendita)
Armatori
Attori, cantanti, direttori artistici, musicisti
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
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 e guardarobieri
Decoratori, intonacatori, stuccatori – solo a terra
Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri,
ponti, impalcature
Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro manuale
Disinfestatori
Disoccupati
Distributori automatici di carburante (gestori) con
manutenzione, lavaggio e simili
Domestici/e
Ebanisti – Intarsiatori – Intagliatori di legno
Esattori – Ufficiali giudiziari
Fattorini e messi
Fiorai
Fornai
Fuochisti, addetti ad impianti di riscaldamento
Geometri che accedono anche ai cantieri
Giardinieri – Vivaisti – Orticoltori
Gommisti
Guantai
Guardiacaccia – Guardapesca – Guardie campestri
Guide turistiche
Imballatori
Imbalsamatori
Impiegati tecnici
Indossatori/trici
Infermieri diplomati
Ingegneri che accedono anche ai cantieri
Insegne: installazione fino a 4 mt. da terra
Ispettori di assicurazione/bancari
Istruttori di pratica di scuola guida
Lavanderie, tintorie, stirerie (addetti)
Linotipisti, litografi
Macchine da scrivere, calcolatrici e computer (riparazioni)
Macellai (no macellazione)
Magazzinieri con impiego di mezzo di sollevamento
Materassai
Mediatori in genere
Modellisti
Modiste – Magliaie – Bustaie – Camiciaie
Necrofori
Negozi – Esercizi commerciali (proprietari od addetti):
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articolo igienico-sanitari:
 compresa installazione/ no antenne
- ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli
- oreficerie, orologerie, gioiellerie

- panettiere, pasticcerie, gelaterie; per tutti compresa produzione propria
- salumerie, rosticcerie, pescherie
- Orologiai (riparazione)
- Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)
- Pastori
- Pellicciai
- Pittori: artisti su impalcature
- Pompe funebri (trasporto)
- Portavalori
- Postini
- Pulizie, addetti (interni)
- Rammendatrici – Ricamatrici
- Registi cine/teatro/televisione
- Restauratori
- Rilegatori di libri
- Riparatori radio TV
- Ristoratori (ristoranti, trattorie, pizzerie – proprietario ed addetti)
- Scultori
- Sindacalisti
- Tappezzieri
- Tessili (lavorazione)
- Topografi
- Vasai
- Veterinari
- Vigili urbani

Classe Professionale C

- Accalappiacani
- Allivatori 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, ecc.
- Barcaioli
- Biciclette (vendite e riparazione)
- Borse e pelletterie (fabbricazione di)
- Botanici
- Bronzo e rame (lavorazione)
- Calzolai
- Canestri (fabbricanti 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)
- Distillatori
- 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
- Insegnanti di equitazione
- Lucidatori (pelle, mobili, metalli)
- Macellai (si macellazione)
- Macchinisti di treno
- Maniscalchi
- 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 lamiera plastiche
- Pulizie, addetti (in esterni)
- Riscaldamento – Installazione e/o riparazioni
- Saldatori (con lavorazione autogena od elettrica)

Scalpellini non in cava
Scaricatori portuali/doganali/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
Armaioli (produzione, riparazione, preparazione cartucce)
Abbattitori 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)
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
Verniciatori su impalcature, tetti, esterno navi
Vetrai
Vigili del fuoco

Classe Professionale "R.D."

(assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società).
Archeologi
Ballerine professioniste
Cameraman inviati speciali all'estero
Calciatori di serie A-B-C- e di altre serie o divisioni
Ciclisti professionisti e dilettanti/amatori con gare "elite"
Fantini
Fotoreporter all'estero
Giornalisti inviati speciali all'estero
Guide alpine
Militari
Missionari
Poliziotti/Questori
Pugili
Sommozzatori
Palombari
Radiologi con rischio radiazioni
Skipper
Speleologi
Sport motonautici
Sport agonistici

sara assicurazioni
Via Po, 20 - 00198 Roma
www.saraassicurazioni.it

