

Assicurazione Infortuni e Malattie in forma collettiva

HDI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

HDI Italia S.p.A. Società per azioni a socio unico appartenente al Gruppo Assicurativo «HDI Assicurazioni». Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: 1.00031.

Compagnia: HDI Italia S.p.A.

Prodotto: "Assiyou 2.0"

Impresa soggetta al controllo dell'organo italiano di vigilanza IVASS

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione danni in forma collettiva ad adesione facoltativa, destinata ai clienti di /o titolari di un conto presso la Banca di Credito Cooperativo S.p.A." (Aderenti), in cui il contraente Assicura Agenzia S.r.l. (P. Iva 02036440226) tutela l'Aderente (cd. "Formula Singola") o gli Aderenti (cd. "Formula Nucleo") per gli eventi conseguenti a Infortuni e/o Malattie.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità permanente da infortunio:** prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale dell'Assicurato;
- ✓ **Morte da infortunio:** corrisponde al Beneficiario un indennizzo qualora l'infortunio abbia come conseguenza diretta ed esclusiva il decesso dell'Assicurato. La polizza copre: morte presunta; commorienza dei genitori; morte per circolazione stradale; morte per rapina, scippo, estorsione, sequestro; rimpatrio salma; Recovery Hope.
- ✓ **Invalidità permanente da malattia:** prevede un indennizzo in caso di malattia che abbia come conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato.
- ✓ **Inabilità temporanea da infortunio:** prevede una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si trovi nella totale o parziale incapacità fisica di svolgere attività professionali primarie e secondarie.
- ✓ **Diaria da immobilizzazione:** prevede, in caso di applicazione di un apparecchio gessato o di qualsiasi altra metodica di immobilizzo, un'indennità fino alla rimozione dell'apparecchio per un periodo massimo di 60 giorni per evento e per anno assicurativo.
- ✓ **Rimborso spese mediche da infortunio:** prevede, fino alla concorrenza della somma assicurata, il rimborso delle spese non a carico del SSN.
- ✓ **Indennità da ricovero da infortunio e malattia – Diaria da convalescenza:** la Società corrisponde, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. In caso di ricovero superiore a tre giorni, oltre all'indennità per ricovero ospedaliero, verrà corrisposta un'indennità pari a quella per ricovero per la successiva convalescenza domiciliare.

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

- a) dell'attività professionale esercitata (Infortuni Professionali);
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (Infortuni Extraprofessionali).

Le garanzie sopra elencate potranno essere sottoscritte secondo due modalità:

- ✓ **Formula Singola:**
 - garanzia obbligatoria: Invalidità permanente da infortunio;
 - Garanzie Opzionali: Morte da infortunio; Invalidità permanente da malattia; Inabilità temporanea da infortunio; Diaria da immobilizzazione; Rimborso spese mediche da infortunio; Indennità da ricovero da infortunio e malattia – Diaria da convalescenza.
- ✓ **Formula Nucleo:**
 - Garanzia obbligatoria: Invalidità permanente da infortunio;
 - Garanzie Opzionali: Morte da infortunio; Rimborso spese mediche da infortunio



Che cosa non è assicurato?

Sono esclusi dall'assicurazione i seguenti casi e le loro conseguenze dirette ed indirette:

- ✗ **Infortuni e Malattia – Causati da:**
 - Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche;
 - Guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto indicato in polizza;
 - Uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;

- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forma maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- Azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui attuate contro sé stesso;
- Uso e contaminazioni biologiche, chimiche e nucleari.

✘ **Infortuni** – Sono esclusi gli infortuni causati da:

- Uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- Uso come pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere, salvo quanto indicato in polizza;
- Partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti con veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compreso motocross, fatto salvo gare di regolarità pura;
- Uso e guida di autoveicoli e motoveicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- In stato di ebbrezza se alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;

- Partecipazione ad azioni delittuose, ad azioni temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- Pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente e qualsiasi sport estremo;
- Uso e/o guida di veicoli a motore e natanti da diporto, senza l'abilitazione di legge (eccezioni in polizza);
- Operazioni, accertamenti e cure non resi necessari da infortunio indennizzabile, e conseguenze per ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti.

✘ **Malattia** – Sono esclusi:

- Trattamenti estetici, cure e terapie dimagranti e diabetiche;
- Conseguenze di abuso di alcolici;
- Malattie professionali (definizione D.P.R.);
- Stati patologici correlati alle infezioni HIV.



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono previsti limiti di copertura:

- ! non è possibile assicurare persone con età superiore a 80 anni. Inoltre, nei casi di Invalidità permanente da Malattia e Indennità da ricovero per infortunio e Malattia – Diaria da convalescenza, la copertura rimane in vigore fino al 65esimo anno di età dell'Assicurato.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il Mondo. In merito alla copertura per Inabilità Temporanea, se si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto.
- Hai il dovere di fare dichiarazioni esatte, complete e veritiere in ordine alle domande poste nella Dichiarazione sullo stato di salute determinante per la valutazione ed assunzione del rischio, con l'avvertenza che ove ciò non avvenga o risultino poi dichiarazioni inesatte, incomplete o non veritiere la garanzia potrà non essere operante o essere annullata dall'origine.
- Qualora nel corso dell'annualità assicurative dovessero esserci delle variazioni nei componenti del nucleo familiare, sei tenuto a comunicarle alla Compagnia entro la prima scadenza annuale;
- Devi dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
- Devi avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; la comunicazione di variazione del domicilio, in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare, costituisce causa di risoluzione contrattuale.



Quando e come devo pagare?

- Il pagamento del premio verrà corrisposto ad Assicura Agenzia S.r.l. – P. Iva 02036440226 (intermediario gestore della presente Polizza collettiva) dall’Aderente, il quale conferirà apposito incarico affinché venga operato un addebito sul suo conto corrente pari all’importo del Premio assicurativo o della rata di premio della prima annualità e delle annualità successive per la durata stabilita all’interno del Modulo di Adesione.
- Il mezzo di pagamento è addebito tramite SDD.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La presente Polizza collettiva, stipulata da Assicura Agenzia S.r.l., ha durata annuale con tacito rinnovo.
- L’assicurazione ha durata annuale più eventuale rateo, vale a dire il periodo intercorrente fra la data di decorrenza del contratto e la prima decorrenza annua, con tacito rinnovo.
- L’operatività della copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione e cessa alla data di scadenza copertura presente nel Modulo stesso, sempre che sia stato pagato il premio o la prima rata di premio.
- Il primo premio o la prima rata di premio (comprensivo di imposte di legge) devono essere corrisposti alla firma del contratto.
- Nel caso di pagamento tramite SEPA, l’assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo di Adesione, o dalla data di emissione del Modulo stesso se successiva, a condizione che lo stesso abbia buon esito o, in caso contrario, che il pagamento sia effettuato entro 30 giorni.
- Se l’Aderente non paga i premi o le rate di pagamento successivi, l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell’Art. 1901 c.c.



Come posso disdire la polizza?

- La disdetta della singola copertura assicurativa da parte dell’Aderente deve essere inviata con comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A.R. alla Compagnia o ad Assicura Agenzia oppure a mezzo P.E.C. all’indirizzo disdette@pec.hdiitalia.it e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della copertura assicurativa stessa.

Assicurazione Infortuni e Malattie in forma collettiva

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

HDI Italia S.p.A.
Prodotto Assiyou 2.0

HDI

Edizione 02/2022

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

Il Contraente/Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

HDI Italia S.p.A. Viale Certosa, n. civico 222; CAP 20156; città Milano; tel. +39 02 30761; sito internet: www.hdiitalia.it; e-mail: hdiitalia@pec.hdiitalia.it; PEC: hdiitalia@pec.hdiitalia.it.

HDI Italia S.p.A. Società per azioni a socio unico appartenente al Gruppo Assicurativo «HDI Assicurazioni» iscritto con il n. 015 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso l'IVASS. Società con Unico Socio, soggetta a direzione e coordinamento da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia Tel. +39 02 30761 - Fax +39 02 3086125 - sito: www.hdiitalia.it – email: hdiitalia@pec.hdiitalia.it – indirizzo di Posta Elettronica Certificata: hdiitalia@pec.hdiitalia.it. Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: 1.00031 - Impresa autorizzata con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato al 31 dicembre 2020, redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, l'ammontare del Patrimonio Netto di HDI Italia S.p.A. è pari ad Euro 230.698.868 la parte relativa al Capitale Sociale è pari ad Euro 209.652.480 e le Riserve Patrimoniali sono pari ad Euro 157.411.700.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito internet dell'impresa (<http://www.hdiitalia.it/SFCR>), dove è rappresentato al 31 dicembre 2020 l'indice di solvibilità (solvency ratio) pari al 160%, il requisito patrimoniale di solvibilità di Euro 116.095.389 ed i Fondi propri ammissibili alla sua copertura di Euro 185.556.726, ed il requisito patrimoniale minimo di Euro 38.685.206 ed i Fondi propri ammissibili alla sua copertura di Euro 149.548.540.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse garanzie offerte.

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nel Modulo di Adesione.

Esempio: Garanzia Morte da Infortunio – Rimpatrio Salma – In caso di decesso all'Estero dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile in forza del contratto di assicurazione, la Società rimborserà le spese documentate per il rimpatrio salma fino all'importo di Euro 5.000,00 che rappresenta il limite massimo di rimborso per ciascun sinistro e per periodo assicurativo.

Sono compresi gli infortuni:

- subiti durante l'uso e/o la guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto, purché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- conseguenti ad abuso di alcolici, con esclusione degli eventi occorsi all'Assicurato quando si trova alla guida di veicoli a motore in genere, di motoveicoli, di ciclomotori, nonché di natanti e aeromobili in genere;
- sofferti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;

- e) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- g) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi; la garanzia è valida a condizione che l'Assicurato, al momento dello scoppio delle ostilità, si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- h) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri;
- i) occorsi in qualità di passeggero su elicotteri di Enti e/o Società regolarmente autorizzati, che esercitano attività di Elisoccorso di Emergenza: tale evento è garantito a condizione che l'Assicurato sia imbarcato sull'elicottero in qualità di volontario che presta il servizio di soccorso o in qualità di soggetto soccorso;
- j) sofferti in conseguenza inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Ernie Traumatiche o da Sforzo

Rotture Sottocutanee (per tali si intendono rotture di: tendine di Achille; tendine del bicipite brachiale – prossimale o distale; tendine dell'estensore del pollice; tendine del quadricipite femorale; cuffia dei rotatori.), anche non direttamente derivanti dall'infortunio.

Danni Estetici

Sono inoltre sempre parificati ad infortunio:

- a) l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, purché dovuti a cause fortuite e involontarie;
- c) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento o il congelamento;
- f) i colpi di sole o di calore;
- g) la folgorazione;
- h) le lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali;
- i) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- j) la rottura sottocutanea dei tendini e le lesioni muscolari quali strappi e stiramenti.

Rischi compresi dall'esercizio di pratiche sportive

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Recovery Hope – Speranza di recupero

L'assicurazione indennizza il 50% della somma assicurata relativa alla Invalidità Permanente in caso di coma prolungato.

Rimborso della cartella clinica

Invalidità permanente da malattia

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata.

In caso di denuncia di più di una patologia invalidante, ognuna sarà oggetto di valutazione separata.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali ed alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Morte da Infortunio	Corrisponde al Beneficiario un indennizzo qualora l'infortunio abbia come conseguenza diretta ed esclusiva il decesso dell'Assicurato. La polizza copre i casi di: morte presunta; commorienza dei genitori; morte per circolazione stradale; morte per rapina, scippo, estorsione, sequestro; rimpatrio salma; Recovery Hope.
Invalidità Permanente da Malattia	Prevede un indennizzo in caso di malattia che ha come conseguenza un'invalidità permanente.
Inabilità Temporanea da Infortunio	Prevede una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si trova nella totale o parziale incapacità fisica di svolgere attività professionali primarie e secondarie.
Diaria da Immobilizzazione	Prevede, in caso applicazione di un apparecchio gessato o qualsiasi altra metodica di immobilizzo, un'indennità fino alla rimozione dell'apparecchio per un periodo massimo di 60 giorni per evento e per anno assicurativo.
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Prevede fino alla concorrenza della somma assicurata, il rimborso delle spese non a carico del SSN.

Indennità da Ricovero da Infortunio e Malattia – Diaria da Convalescenza	<i>La Società corrisponde in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. In caso di ricovero superiore a tre giorni, oltre all'indennità per ricovero ospedaliero, verrà corrisposta una indennità pari a quella per ricovero per la successiva convalescenza domiciliare.</i>
---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<p>Infortuni e Malattia Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) i difetti e le malformazioni fisiche preesistenti alla data di stipulazione del contratto, già manifestatesi e note; b) le malattie congenite o le malattie insorte prima della stipulazione del contratto e sottaciute o non dichiarate alla Società con dolo o colpa grave del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto, già manifestatesi e note; c) le malattie conseguenti ad atti di terrorismo, sabotaggio, sequestro di persona, verificatisi in Paesi in stato di guerra o presidiati da Forze Militari Internazionali in missione per il mantenimento dell'ordine e/o della pace; d) le conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Sono invece comprese le conseguenze sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dall'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo; e) a parte il caso di Invalidità Permanente da Infortunio, sono escluse le malattie tropicali e, per il caso di infortunio, la malaria. <p>Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.</p> <p>Infortuni Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati e/o provocati dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici; durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.</p>
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti i seguenti limiti di copertura:

- La copertura Formula Nucleo è operante per gli assicurati indicati nel Modulo di Adesione purché facenti parte dello stesso stato di famiglia. In caso di mancata comunicazione di variazione del nucleo entro i termini indicati:
 - Per l'annualità in corso si intenderanno coperte le persone presenti nel nuovo nucleo (eccetto i soggetti presenti nello stato di famiglia all'atto di emissione della copertura e non nominativamente indicati nel Modulo di Adesione). In tal caso la ripartizione delle somme assicurate avverrà in base al nuovo numero di assicurati;
 - Per le successive annualità saranno assicurate esclusivamente le persone nominativamente presenti nel Modulo di Adesione.

Per entrambe le Formule, Singola e Nucleo:

- L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie e le somme assicurate e/o i massimali indicati nel Modulo di Adesione;
- La garanzia infortuni è operante per gli infortuni avvenuti durante lo svolgimento di attività professionale e non professionale fatte salve le esclusioni dichiarate nelle Condizioni di Assicurazione;
- L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti; qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (purché non annullata) riguardante gli stessi assicurati e l'identica garanzia, eventuali preesistenze legate a sinistri presenti nella polizza sostituita non si intendono rilevanti;
- Nella garanzia per Malattia sono escluse malattie congenite, malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipulazione del contratto già noti all'Assicurato e dallo stesso sottaciuti con dolo e/o colpa grave;
- Non sono assicurabili i soggetti che non sono in grado di sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di salute presente all'interno del Modulo di Adesione. La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni indicate nella DBS (Dichiarazione del buono stato di salute) è causa della risoluzione dell'intero contratto, che cesserà alla prima scadenza annuale successiva;
- Non sono assicurabili le persone che esercitano le specifiche attività professionali descritte nelle Condizioni di Assicurazione;

Inoltre:

- Invalità permanente per infortunio - Al netto di eventuali franchigie previste nel Modulo di Adesione, in caso di invalidità permanente:
 - Totale: la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata più eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
 - Parziale: l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente.
- Morte per infortunio - L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio.
- Invalità permanente per malattia:
 - Vale purché la malattia sia insorta dopo la data di effetto e prima della cessazione del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione stessa;
 - La valutazione per l'invalidità viene effettuata una sola volta entro 540 giorni dalla prima diagnosi;
 - Per le patologie del morbo di Parkinson, Alzheimer, malattie del motoneurone, sclerosi multipla, potrà essere effettuata, su richiesta scritta, una seconda valutazione che non avverrà prima di 540 giorni dalla prima valutazione e non dopo 1.080 giorni dalla stessa.
- Inabilità temporanea da infortunio:
 - La copertura è corrisposta per un massimo di 365 giorni per sinistro e anno assicurativo, all'estero per un massimo di 40 giorni;
 - L'indennizzo è cumulabile con quello dovuto per morte ed invalidità permanente e con il rimborso delle spese mediche, così come anche con la diaria per immobilizzazione e la diaria da ricovero e convalescenza;
 - Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero, tale limitazione cessa dalle ore 24.00 del giorno di rientro in Europa.
- Diaria da immobilizzazione:
 - Verrà corrisposto un indennizzo forfettario di: trenta giorni per la frattura completa della costola; sessanta giorni per le fratture di bacino, femore, colonna vertebrale; cinque giorni per fratture nasali; cinquanta giorni per mezzi di osteosintesi;
- Rimborso spese di cura per infortunio:
 - Il rimborso vale per specifiche prestazioni, tempistiche e massimali dettagliati nelle Condizioni di Assicurazione;
- Indennità da ricovero da infortunio e malattia - Diaria da convalescenza:
 - La durata massima dei giorni indennizzabili per evento e per anno assicurativo è di 365 giorni per infortunio e 30 giorni per malattia e parto. In caso di ricovero o Day Hospital superiore a 3 giorni, l'indennità per convalescenza sarà riconosciuta per un numero di giorni uguale a quello del ricovero o Day Hospital e per un periodo massimo di 45 giorni annui per infortunio e 30 giorni annui per malattia o parto;
 - La diaria di convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza;
 - La diaria è cumulabile con la diaria da immobilizzazione o la diaria per inabilità temporanea da infortunio.

Inoltre:

Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura per ogni sinistro fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle spese sostenute fatta esclusione delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano conseguenza diretta e necessaria dell'infortunio. Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se dovuto, sarà comunque indennizzato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi.

Per le cure termali, sono escluse le spese di natura alberghiera e di alloggio.

Movimenti Tellurici ed Eruzioni Vulcaniche

Le garanzie sono inoltre estese agli infortuni sofferti in conseguenza di movimenti tellurici, ed eruzioni vulcaniche solo in caso di Invalidità permanente da Infortuni accertata superiore al 15% o Morte.

Rischi sportivi in garanzia con limitazioni

Per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti, con una riduzione degli indennizzi nella misura del 50%. Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme - Alpinismo o Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby - Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio - Arti marziali in genere - Sci acrobatico e Scialpinismo - Guidoslitta.

Invalità permanente da infortunio

Table Invalità Permanente per Infortunio

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, determinate come indicato nelle Condizioni di assicurazione, verranno liquidate secondo le seguenti modalità: opzionali, a scelta dell'Aderente in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1) *Opzione Invalidità Permanente da Infortunio fin dal primo punto di invalidità*

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
1	0,4
2	0,8
3	1,2
4	1,6
5	2
6	3
7	4
8	6
9	8
Da 10 a 59	Pari al grado di invalidità permanente
Pari o superiore a 60	100

2) *Opzione Invalidità Permanente da Infortunio con Franchigia 25%*

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
Da 1 a 25	0
Da 26 a 59	Pari al grado di invalidità permanente
Pari o superiore a 60	100

Superamento barriere architettoniche abitative

In caso di invalidità permanente superiore al 50%, è previsto il rimborso delle spese sostenute e documentate per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione per adeguare la stessa. Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata per invalidità permanente, con il massimo di Euro 20.000,00 per Assicurato e per anno assicurativo.

Adeguamento autovettura

In caso di invalidità permanente superiore al 50%, è previsto il rimborso delle spese sostenute e documentate per la realizzazione di interventi di adeguamento all'interno dell'autovettura. Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 per Assicurato e per anno assicurativo.

Malattie tropicali/malaria

In caso di invalidità permanente superiore al 15% e derivante da contagio di malattie tropicali e/o da malaria, è previsto un indennizzo riconosciuto fino alla concorrenza di Euro 100.000,00 per sinistro e per anno assicurativo. L'indennizzo verrà calcolato secondo la seguente tabella:

- 10% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 16% ed il 27%;
- 25% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 28% ed il 37%;
- 40% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 38% ed il 47%;
- 55% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 48% ed il 60%;
- 70% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 61% ed il 69%;
- 100% del capitale assicurato per Invalidità pari o superiori al 70%.

Indennità per perdita dell'anno scolastico

In caso di infortunio che determini l'impossibilità da parte dello studente Assicurato di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, è previsto un indennizzo pari ad Euro 2.000,00.

Spese di rimpatrio

In caso di invalidità permanente superiore al 5% a carico di un Assicurato all'estero, è previsto il rimborso delle spese di rimpatrio fino alla concorrenza di Euro 1.100,00.

Invalidità permanente da malattia

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata.

Se la malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è pertanto indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute da esse derivanti.

Le invalidità permanenti per malattia già accertate e/o indennizzate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza e/o concorrenza con nuove invalidità per malattia insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo escludendo il pregiudizio riconducibili alle invalidità già accertate.

Tuttavia, se la precedente malattia non è stata indennizzata in quanto la percentuale accertata risultava inferiore alla franchigia, e la nuova malattia concorre con la precedente, la valutazione verrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio derivante dalla precedente patologia.

Tabelle Invalidità Permanente da Malattia

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)	Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
Inferiore o uguale a 25	0	51	53
26	5	52	56
27	7	53	59
28	9	54	62
29	11	55	65
30	13	56	68
31	15	57	71
32	18	58	73
33	21	59	76
34	23	60	79
35	25	61	82
36	28	62	85
37	31	63	88
38	33	64	90
39	39	65	95
Dal 40 al 50	Dal 40 al 50	Dal 66 al 100	100

Invalidità temporanea da infortunio

Al numero dei giorni di inabilità temporanea verranno detratti 7 (sette) giorni di franchigia.

La garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio non è applicabile a categorie quali studenti, pensionati, lavoratori dipendenti, minori.

Diaria da immobilizzazione

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia i collari a strappo.

Indennità da ricovero da infortunio e malattia – Diaria da convalescenza

In caso di ricovero per malattia l'indennità verrà riconosciuta a partire dal quarto giorno (eccetto il caso in cui ci sia stato un intervento chirurgico).

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% dell'indennità prevista nel Modulo di Adesione per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Ai fini del conteggio dei giorni di ricovero il giorno di ingresso e dimissione vengono considerati come un unico giorno e verranno considerati come ricovero anche i giorni in cui l'Assicurato abbia lasciato il luogo di ricovero con permesso medico risultante da idonea certificazione.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri

Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine.

Per la garanzia di invalidità permanente per malattia, la denuncia della malattia deve avvenire entro 10 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto, sempreché la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Per la garanzia di inabilità temporanea da infortunio, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. La garanzia, al netto della franchigia prevista nel Modulo di Adesione,

	<p>decorre dalle ore 24 del giorno dell'infornio regolarmente denunciato e cessa alle ore 24 del giorno dell'ultimo giorno di inabilità.</p> <p>Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dalla dichiarazione/certificazione di avvenuta guarigione.</p> <p>L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari. In caso di morte, oltre alla certificazione sopra indicata è necessario il Certificato di Morte.</p> <p>Invalidità permanente da malattia Oltre a quanto indicato sopra è necessario allegare alla denuncia del sinistro la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia; • certificato medico attestante l'avvenuta stabilizzazione della malattia; • copia della cartella clinica e/o ogni altro documento utile per la valutazione del danno; • certificato medico che indica il grado di invalidità permanente residuo. <p>L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società eventualmente chiedendo la collaborazione dei medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>Diaria da immobilizzazione L'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione). Nei casi in cui sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: non presente</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non presente</p> <p>Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Aderente o del Contraente 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, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.</p> <p>In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.</p> <p>La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.</p> <p>Anticipo degli indennizzi Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente per infortunio stimata dalla Società sia pari o superiore al 15% ovvero il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata dalla Società sia superiore a 90 giorni verrà riconosciuto, su richiesta scritta dell'Assicurato, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo.</p> <p>Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'inabilità temporanea 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.</p> <p>Indennità da ricovero da infortunio e malattia – Diaria da convalescenza La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento annuale o semestrale. Quest'ultima in caso di premi superiori ad Euro 500,00.

Rimborso	<i>Non sono previste casistiche di rimborso del premio.</i>
-----------------	-------------------------------------------------------------



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
Sospensione	<i>Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.</i>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<i>Non previsto</i>
Risoluzione	<i>È prevista la FACOLTÀ DI RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DA PARTE DELLA COMPAGNIA: infatti la presente assicurazione e le relative coperture, ivi inclusi l'adempimento dell'obbligazione di indennizzo dei sinistri o la corresponsione di qualsiasi beneficio economico o servizio di assistenza è garantito solo ed esclusivamente se non in contrasto con un embargo totale o parziale o qualsivoglia sanzione economica, commerciale e finanziaria messa in atto dall'Unione Europea, dal Governo Italiano o da qualsiasi altro Organismo internazionale riconosciuto dal Governo Italiano, ove siano applicabili anche al Contraente e/o agli Assicurati e/o ai Beneficiari della presente polizza. In tali casi il contratto si risolve di diritto senza che sia dovuta alcuna somma o altra prestazione da parte della Compagnia.</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

L'assicurazione, riservata ai correntisti delle Banche o agli associati degli intermediari che collaborano con Assicura Agenzia S.r.l., si rivolge a coloro i quali si vogliono tutelare per gli eventi conseguenti a Infortunio e/o Malattia.



Quali costi devo sostenere?

costi di intermediazione

Le provvigioni percepite dagli intermediari sono pari al 30% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p><i>Le modalità di presentazione dei reclami all'impresa sono:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>A mezzo raccomandata al seguente indirizzo: HDI Italia S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano</i> • <i>A mezzo fax 02/45402417</i> • <i>A mezzo mail: reclami@hdiitalia.it</i> <p><i>La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</i></p>
All'IVASS	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it.</i></p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<p><i>La procedura di mediazione è obbligatoria, ovverosia condizione di procedibilità per la successiva (ed eventuale) domanda giudiziale. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i></p>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>- Collegio medico: <i>Qualora tra la Società e l'Assicurato eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, ad un collegio di tre medici.</i> <i>L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.</i> <i>Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.</i></p>

	<p><i>Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.</i></p> <p><i>Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.</i></p> <p><i>Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.</i></p> <p><i>Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.</i></p> <p><i>Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.</i></p> <p>- <i>In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</i></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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



ASSIYOU 2.0

Contratto di assicurazione in forma collettiva in caso di infortuni e malattie

Il presente documento (Edizione 02/2022), contenente:

- Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato all'Aderente / Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Tale documento è stato redatto secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA – ASSOCIAZIONI CONSUMATORI – ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari



Gruppo Assicurativo «HDI Assicurazioni»

60033 – ASSIYOU 2.0 Ed. 02/2022

Per gli aggiornamenti del presente documento non derivanti da innovazioni normative consultare il sito www.hdiitalia.it

AVVERTENZA: per effetto di quanto disposto dall'Art. 166, 2° comma del Codice delle Assicurazioni Private, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono evidenziate su sfondo grigio.

Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ADERENTE:

Il soggetto che valuta e liberamente decide di usufruire della copertura di un **contratto assicurativo collettivo**, manifestando un'espressa volontà e sostenendo in tutto o in parte, direttamente o indirettamente, l'onere economico del premio (art. 2, comma 1, lett. a) del Regolamento IVASS n. 40/2018).

ASSICURATO:

La persona fisica, residente in Italia, correntista delle Banche o associata degli intermediari che collaborano con Assicura Agenzia S.r.l..

BENEFICIARIO:

Beneficiario delle prestazioni Invalidità Permanente da Infortunio, Invalidità Permanente da Malattia, Inabilità Temporanea da Infortunio, Diaria da Immobilizzazione, Rimborso Spese Mediche da Infortunio, Indennità da ricovero da Infortunio e Malattia - Diaria da convalescenza è l'Assicurato stesso.

Beneficiari per la garanzia Morte sono le persone nominativamente indicate nel Modulo o, in mancanza, gli Eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

Fermo il disposto dell'Art. 1920 c.c.

In caso di aderente Persona Giuridica beneficiari potranno essere la stessa Società aderente o le persone fisiche nominativamente indicate nel Modulo per la sola garanzia Morte, l'Assicurato per la sola garanzia Rimborso Spese Mediche, mentre per le restanti garanzie sarà la stessa Società aderente alla copertura assicurativa (tranne in caso di autorizzazione da parte della Persona Giuridica a considerare beneficiario l'Assicurato anche per le restanti garanzie).

CONTRAENTE:

Celui che stipula o intende stipulare un contratto di assicurazione (art. 2, comma 1, lett. j) del Regolamento IVASS n. 40/2018.

CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA:

Assicura Agenzia S.r.l. - P. Iva 02036440226 - che stipula il contratto di assicurazione in forma collettiva.

CONVALESCENZA A DOMICILIO:

Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

DAY HOSPITAL:

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

DECORRENZA:

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio assicurativo.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

Copia completa della cartella clinica comprendente tutta la certificazione medica costituita da: diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, radiografie, esami strumentali e diagnostici, nonché della documentazione di spesa (incluse notule e ricevute farmaci).

DURATA:

Periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato nel Modulo di Adesione.

FRANCHIGIA:

La parte di danno, espressa in percentuale e/o in importo, che rimane a carico dell'Assicurato.

FRATTURA SCHELETRICA:

Soluzione di continuo di una struttura ossea per sollecitazioni traumatiche eccedenti il suo limite di resistenza, che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di uno specialista ortopedico. Non sono da considerare fratture le lesioni a strutture cartilaginee nonché le infrazioni.

INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO:

La perdita temporanea, totale o parziale, a seguito di infortunio, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali.

INDENNIZZO:

La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente, l'inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dal Modulo di Adesione.

INFORTUNI PROFESSIONALI:

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio dell'attività professionale.

Sono inoltre compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato nel tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa e nel tragitto dalla sede dove viene svolta l'attività lavorativa fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa, purché l'infortunio avvenga durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.

INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI:

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale e cioè quelli che subisce durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari e la partecipazione ad attività di volontariato non retribuito. Sono quindi esclusi tutti gli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.

INTERMEDIARIO COLLOCATORE:

Le Banche o gli intermediari che collaborano con Assicura Agenzia S.r.l.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

ISTITUTO DI CURA:

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

MALATTIA:

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio o da parto.

MALATTIE COESISTENTI:

Malattie presenti nell'Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

MALATTIE CONCORRENTI:

Malattie presenti nell'Assicurato, che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

MODULO DI ADESIONE:

La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente per aderire al presente contratto di assicurazione in forma collettiva in caso di infortuni e malattie.

MORTE:

Decesso dell'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio.

NUCLEO FAMILIARE:

Gli assicurati nominativamente indicati nel Modulo di Adesione purché facenti parte dello stesso stato di famiglia.

PERIODO DI ASSICURAZIONE:

L'operatività della copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione e cessa alla data di scadenza copertura presente nel modulo stesso, sempre che sia stato pagato il premio o la prima rata di premio.

L'assicurazione ha durata annuale più eventuale rateo e si rinnova tacitamente ad ogni scadenza annuale, salvo disdetta.

POLIZZA:

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

POLIZZA COLLETTIVA

Polizza stipulata da un'azienda, da un'associazione, da una cassa di assistenza o altro organismo, in qualità di contraente, in favore dei propri dipendenti, associati, assistiti, clienti. In questo caso il rischio da coprire è riferito a tutti coloro i quali fanno parte di un gruppo omogeneo e ben definito. Nelle polizze collettive, di solito, le imprese di assicurazione indicano al contraente quali siano gli obblighi a proprio carico, indicando quindi – tra gli obblighi a carico del contraente – anche le modalità con le quali occorrerà consegnare agli assicurati le condizioni di assicurazione, affinché questi siano completamente consapevoli della natura dell'operazione.

PREMIO:

La somma in denaro comprensiva di imposte che l'Aderente deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui al presente Modulo di Adesione.

RAMO 1 – INFORTUNI (RAMO DANNI)

Ai sensi dell'art. 2, comma 3, del Codice delle Assicurazioni, il Ramo 1 è il ramo "Infortuni (compresi gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali); prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste; persone trasportati".

RAMO 2 – MALATTIA (RAMO DANNI)

Ai sensi dell'art. 2, comma 3, del Codice delle Assicurazioni, il Ramo 2 è il ramo "Malattia: prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste".

RICOVERO/DEGENZA:

La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

RISCHIO:

La possibilità che si verifichi il sinistro.

SFORZO:

Evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

SINISTRO:

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ/COMPAGNIA:

HDI Italia S.p.A. - Società per azioni appartenente al Gruppo Assicurativo «HDI Assicurazioni» iscritto con il n. 015 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia. Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: 1.00031.

SOMMA ASSICURATA PER NUCLEO FAMILIARE:

L'esborso massimo della Società per evento dannoso e per l'intero Nucleo familiare.

ASSIYOU 2.0

Condizioni di Assicurazione in forma collettiva in caso di infortuni e malattie

- **Sezione 1 - Invalidità Permanente da Infortunio**
- **Sezione 2 - Morte da Infortunio**
- **Sezione 3 - Invalidità Permanente da Malattia**
- **Sezione 4 - Inabilità Temporanea da Infortunio**
- **Sezione 5 - Diaria da immobilizzazione**
- **Sezione 6 - Rimborso Spese Mediche da Infortunio**
- **Sezione 7 - Indennità da Ricovero da Infortunio e Malattia - Diaria da convalescenza**
- **Sezione 8 - Norme comuni a tutte le Sezioni**

Indice

Sezione 1 – Invalidità Permanente da Infortunio.....	pag. 6
• Chi è assicurato.....	pag. 6
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 6
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 11
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 12
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 13
Sezione 2 – Morte da Infortunio.....	pag. 15
• Chi è assicurato.....	pag. 15
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 15
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 17
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 18
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 18
Sezione 3 – Invalidità Permanente da Malattia	pag. 20
• Chi è assicurato.....	pag. 20
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 20
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 24
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 24
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 25
Sezione 4 – Inabilità Temporanea da Infortunio.....	pag. 26
• Chi è assicurato.....	pag. 26
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 26
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 27
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 28
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 29
Sezione 5 – Diaria da immobilizzazione.....	pag. 30
• Chi è assicurato.....	pag. 30
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 30
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 32
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 32
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 33
Sezione 6 – Rimborso spese mediche da Infortunio.....	pag. 34
• Chi è assicurato.....	pag. 34
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 34
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 36
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 37
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 38
Sezione 7 – Indennità da ricovero da Infortunio e malattia – Diaria da convalescenza	pag. 39
• Chi è assicurato.....	pag. 39
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 39
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 41
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 42
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 43
Sezione 8 – Norme comuni a tutte le Sezioni.....	pag. 44

SEZIONE 1 – INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Chi è assicurato

Art. 1.1 - COSE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa sezione possono essere assicurate le persone fisiche contro gli infortuni che comportino un'Invalidità Permanente totale o parziale.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 1.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- a) dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (Infortuni Extraprofessionali).

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione anche gli infortuni:

- c) sofferti durante l'uso e/o la guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto, **semprech  l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;**
- d) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, **purch  non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- e) conseguenti ad abuso di alcolici, con esclusione degli eventi occorsi all'Assicurato quando si trova alla guida di veicoli a motore in genere, di motoveicoli, di ciclomotori, nonch  di natanti e aeromobili in genere;
- f) sofferti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- g) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidariet  umana o per legittima difesa;
- h) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- i) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi; la garanzia   valida a condizione che l'Assicurato, al momento dello scoppio delle ostilit , si trovi gi  nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- j) occorsi in qualit  di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, occorsi in qualit  di passeggero su elicotteri di Enti e/o Societ  regolarmente autorizzati, che esercitano attivit  di Elisoccorso di Emergenza: tale evento   garantito a condizione che l'Assicurato sia imbarcato sull'elicottero in qualit  di volontario che presta il servizio di soccorso o in qualit  di soggetto soccorso;
- k) sofferti in conseguenza inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Sono sempre parificati ad infortunio:

- l) l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- m) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, **purch  dovuti a cause fortuite e involontarie;**
- n) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- o) l'annegamento;
- p) l'assideramento o il congelamento;
- q) i colpi di sole o di calore;
- r) la folgorazione;
- s) le lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali;
- t) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- u) la rottura sottocutanea dei tendini e le lesioni muscolari quali strappi e stiramenti.

Art. 1.3 - MOVIMENTI TELLURICI ED ERUZIONI VULCANICHE

Le garanzie sono inoltre estese agli infortuni sofferti in conseguenza di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche **solo in caso di Invalidit  permanente da Infortuni accertata superiore al 15% o Morte. Il massimale previsto corrisponde al 50% della somma assicurata con il massimo esborso di Euro 250.000,00.**

Art. 1.4 - ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO

Se l'infortunio ha come conseguenza un'ernia traumatica o da sforzo, la Societ  corrisponder  all'Assicurato:

- A. nel caso in cui l'ernia risulti operabile secondo comprovata diagnosi medica e la stessa non abbia residuo un'invalidit  permanente: una indennit  giornaliera pari ad **1/1000** della somma assicurata per invalidit  permanente con il limite massimo di **Euro 100,00** per giorno di degenza e per la durata del periodo di ricovero reso necessario dal conseguente intervento chirurgico. Questa indennit    cumulabile con quella per Ricovero ospedaliero e per convalescenza, purch  prestate nel contratto.
- B. nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo comprovata diagnosi medica: un indennizzo forfettario per invalidit  permanente in nessun caso superiore al **10%** della totale.

Art. 1.5 - ROTTURE SOTTOCUTANEE

L'assicurazione infortuni comprende inoltre gli esiti di rottura sottocutanea, di seguito indicati:

- tendine di Achille;
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori.

Per le lesioni di cui sopra, la Società corrisponde forfettariamente, un indennizzo in nessun caso superiore al **2%** della somma assicurata per invalidità permanente da Infortunio.

Si precisa che:

- si intendono comprese anche le rotture sottocutanee non direttamente derivanti dall'infortunio;
- per tali lesioni non verranno corrisposti altri indennizzi in relazione alle altre garanzie eventualmente previste nel Modulo di Adesione;
- per ogni singola annualità non potrà essere indennizzato, per ogni arto, più di un sinistro relativo a ciascuna delle lesioni sopra indicate.

Art. 1.6 - DANNI ESTETICI

Per le conseguenze di carattere estetico a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del contratto di assicurazione, verranno rimborsate solamente le spese sanitarie documentate sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica e per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. La Società riconoscerà tali spese fino alla concorrenza dell'importo di **Euro 5.000,00** che rappresenta il limite massimo di rimborso per ciascun sinistro e per periodo assicurativo. Qualora nel contratto sia operante la garanzia rimborso spese mediche da infortunio, l'importo sopra indicato sarà operante in eccedenza alla somma assicurata prevista per tale garanzia.

Art. 1.7 - RISCHI COMPRESI DALL'ESERCIZIO DI PRATICHE SPORTIVE

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Art. 1.8 - RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA CON LIMITAZIONI

Per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti, con una **riduzione degli indennizzi nella misura del 50%**. Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme - Alpinismo o Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby - Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio - Arti marziali in genere - Sci acrobatico e Sialpinismo - Guidoslitta.

Art. 1.9 - RECOVERY HOPE - SPERANZA DI RECUPERO

Qualora, trascorsi 5 mesi dall'infortunio, l'Assicurato si trovi ancora in stato di coma riconosciuto dai sanitari con GCS (Glasgow Coma Scale) inferiore a 5, verrà liquidata allo stesso, previa indicazione del soggetto legittimato ad incassare per suo conto, l'indennità prevista per Invalidità Permanente, fino a concorrenza del **50%** della somma assicurata.

Art. 1.10 - SUPERAMENTO BARRIERE ARCHITETTONICHE ABITATIVE

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile a termini di contratto, che comporti una Invalidità Permanente superiore al **50%**, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata nelle presenti Condizioni di Assicurazione, e l'abitazione dell'Assicurato necessiti di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione e/o del condominio di residenza dell'Assicurato.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del **5%** della somma assicurata per invalidità permanente, con il massimo di **Euro 20.000,00** per Assicurato e per anno assicurativo.

Art. 1.11 - ADEGUAMENTO AUTOVETTURA

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile a termini di contratto, che comporti una Invalidità permanente superiore al **50%**, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata nelle presenti Condizioni di Assicurazione, e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento in riferimento alla disabilità riportata, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate per tali adattamenti.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza di **Euro 5.000,00** per Assicurato e per anno assicurativo.

Art. 1.12 - MALATTIE TROPICALI/MALARIA

La garanzia si intende estesa anche al caso di Invalidità Permanente derivante dal contagio di malattie tropicali e/o da malaria, che siano state diagnosticate dai medici curanti. Per tale garanzia la Società corrisponderà un indennizzo fino al limite massimo di **Euro 100.000,00** per sinistro e per anno assicurativo.

Non si procederà ad alcun indennizzo qualora il grado di Invalidità Permanente accertata sia pari od inferiore al **15%**. Se superiore, si applica la tabella di indennizzo di seguito indicata:

- **10%** del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il **16%** ed il **27%**;

- 25% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 28% ed il 37%;
- 40% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 38% ed il 47%;
- 55% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 48% ed il 60%;
- 70% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 61% ed il 69%;
- 100% del capitale assicurato per Invalidità pari o superiori al 70%.

L'indennizzo è subordinato alla condizione obbligatoria che l'Assicurato fosse in perfette condizioni di salute nel momento in cui si sia recato all'estero.

Occorre inoltre che l'Assicurato si sia sottoposto a tutta la profilassi prevista dalle Autorità sanitarie dei paesi ospitanti.

In caso di divergenza sulla diagnosi della Malattia la decisione verrà presa dal Collegio medico sulla base della procedura prevista dall'Art. 1.27.

Art. 1.13 - INDENNITÀ PER PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora, in caso di infortunio indennizzabile a termini di contratto, lo studente Assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e, in conseguenza dell'infortunio stesso, si trovi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà un indennizzo pari ad **Euro 2.000,00**. Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità Scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

Art. 1.14 - SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di contratto superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato infortunato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di **Euro 1.100,00**, su presentazione di regolare documentazione.

Art. 1.15 - CALCOLO DELL'INDENNIZZO

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante nel Modulo di Adesione** (vedi Art. 1.17), secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla tabella di seguito riportata denominata "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente – Tabella INAIL"

TABELLA 1. - VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE- TABELLA INAIL (ALLEGATO 1 AL D.P.R. 30 GIUGNO 1965 N. 1124 ESCLUSE SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

DESCRIZIONE		PERCENTUALI (%)	
		DESTRO	SINISTRO
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%

NOTE:

1. in caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. la valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale;

3. nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;

4. la perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%;

5. in caso di afachia monolaterale:

- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%

- con visus corretto di 7/10 18%

- con visus corretto di 6/10 21%

- con visus corretto di 5/10 24%

- con visus corretto di 4/10 28%

- con visus corretto di 3/10 32%

- con visus corretto inferiore a 3/10 35%

6. in caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	DESTRO	SINISTRO
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Perdita di un testicolo		0%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio		12%
Perdita totale dell'anulare		8%
Perdita totale del mignolo		12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle ultime due falangi del medio		8%
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6%
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
in semipronazione	30%	25%
in pronazione	35%	30%
in supinazione	45%	40%
Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
in semipronazione	40%	35%
in pronazione	45%	40%
in supinazione	55%	50%
Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%

Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
in semipronazione	22%	18%
in pronazione	25%	22%
in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto superiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Per gli esiti di rottura sottocutanea, del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), del tendine dell'estensore del pollice, del tendine del quadricipite femorale, della cuffia dei rotatori, vale quanto previsto dall'Art. 1.5.

N.B. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 1.16 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati e/o provocati:

- a) dall'uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo;
- b) dall'utilizzo come pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere, salvo quanto indicato all'Art. 1.2 lettera j);
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) dall'uso e guida di autoveicoli e motoveicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- e) dalle conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- f) da ubriachezza; questa esclusione opera solamente se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;
- g) da azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- h) da malattie mentali e da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- i) dall'uso di allucinogeni e da quello non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- j) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- k) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto previsto all'Art. 1.2 lettera i);
- l) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- m) dalla pratica di sport estremi quali: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e/o qualsiasi altra disciplina sportiva rientrante tra gli sport estremi;
- n) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- o) dall'uso e/o dalla guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o l'Assicurato dimostri, al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio, fatta eccezione per il caso di decesso o di Invalidità permanente che non consenta il rinnovo;
- p) durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli eventi dannosi determinati:

- a) dalle conseguenze di ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti da qualunque causa determinati;
- b) dalle conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai termini del contratto;
- c) da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche.

Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro**Art. 1.17 - TABELLE INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO**

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, determinate come indicato negli articoli precedenti, verranno liquidate secondo le seguenti modalità opzionali, a scelta dell'Aderente in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- 1) Opzione Invalidità Permanente da Infortunio fin dal primo punto di invalidità

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
1	0,4
2	0,8
3	1,2
4	1,6
5	2
6	3
7	4
8	6
9	8
Da 10 a 59	Pari al grado di invalidità permanente
Pari o superiore a 60	100

- 2) Opzione Invalidità Permanente da Infortunio con Franchigia 25%

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
Da 1 a 25	0
Da 26 a 59	Pari al grado di invalidità permanente
Pari o superiore a 60	100

Art. 1.18 - CUMULO DELL'INDENNITÀ

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 1.19 - DECESSO INDIPENDENTE DALL'INFORTUNIO

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato, sia stato pagato, la Società corrisponde agli eredi l'importo concordato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

Art. 1.20 - RENDITA VITALIZIA

Fermi i criteri di determinazione e di liquidazione sopraindicati, nel caso in cui, a seguito di un infortunio indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali all'Assicurato residui:

1. una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale,
2. una invalidità permanente di grado inferiore al 60% della totale, ma con un capitale liquidabile pari o superiore a Euro 150.000,00

è facoltà dell'Assicurato stesso, previa richiesta alla Società, di proporre al momento della liquidazione dell'indennizzo la conversione anche parziale del capitale spettante in una rendita vitalizia mediante stipulazione con **Amissima Vita** di un contratto di assicurazione non riscattabile nella forma a premio unico a suo nome e a favore di sé stesso, senza alcun onere a suo carico.

Art. 1.21 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MASSIMA SOMMA ASSICURABILE**DETERMINAZIONE DEL PREMIO**

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata scelta per il tasso relativo alla franchigia scelta ed indicata nel Modulo di Adesione. Al premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

Tipo di franchigia scelta	Tasso annuo imponibile pro mille
Fin dal primo punto di invalidità	1,3229
25%	0,5320

MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

E' possibile assicurare una somma che va da un minimo di **Euro 75.000,00** fino ad un massimo di **Euro 1.000.000,00**.

Art. 1.22 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 1.23 - ANTICIPO DEGLI INDENNIZZI

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente per infortunio stimata dalla Società sia pari o superiore al **15%** ovvero il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata dalla Società sia superiore a 90 giorni verrà riconosciuto, su richiesta scritta dell'Assicurato, un anticipo pari al **50%** del presumibile indennizzo definitivo. Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'inabilità temporanea 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.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 1.24 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri
Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

Art. 1.25 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino alla dichiarazione/certificazione di avvenuta guarigione.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 1.26 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.

In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 1.27 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 1.28 - RIMBORSO SPESE CARTELLA CLINICA

La Società, su richiesta scritta dell'Assicurato, rimborsa il costo amministrativo sostenuto per la produzione della cartella clinica eventualmente richiesta dalla Società per dar corso all'indennizzo.

La Società rimborserà i costi sostenuti fino ad un massimo di **Euro 50,00** per sinistro.

Art. 1.29 - CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 1.30 - CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista, si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione; per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 1.31 - MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%**.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche	1.3	50% della somma assicurata Invalidità permanente da Infortunio con il massimo di Euro 250.000,00	15% per Invalidità Permanente
Ernie traumatiche o da sforzo	1.4	1/1000 della somma assicurata Invalidità permanente da Infortunio con il massimo di Euro 100,00 per ernia operabile ma senza residui di Invalidità permanente; 10% della somma assicurata Invalidità permanente da Infortunio se ernia non operabile.	===
Rotture sottocutanee	1.5	2% della somma assicurata Invalidità permanente da Infortunio	===
Danni estetici	1.6	Euro 5.000,00	===
Rischi sportivi in garanzia con limitazioni	1.8	Indennizzi ridotti del 50%	La franchigia indicata sul Modulo di Adesione
Recovery Hope – Speranza di recupero	1.9	50% della somma assicurata Invalidità Permanente	===
Superamento barriere architettoniche abitative	1.10	5% della somma assicurata prevista per invalidità permanente, con il massimo di Euro 20.000,00 per Assicurato e per anno assicurativo	50% per Invalidità Permanente
Adeguamento autovettura	1.11	Euro 5.000,00 per Assicurato e per anno assicurativo	50% per Invalidità Permanente
Malattie tropicali/malaria	1.12	Euro 100.000,00 per sinistro e per anno assicurativo	15% per Invalidità Permanente
Indennità per perdita dell'anno scolastico	1.13	Euro 2.000,00	===
Spese di rimpatrio	1.14	Euro 1.100,00	5% per Invalidità Permanente

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Somma massima assicurabile	1.21	Minimo Euro 75.000,00 Massimo Euro 1.000.000,00	La franchigia indicata sul Modulo di Adesione
Rimborso spese per cartella clinica	1.28	Euro 50,00 per sinistro	===

Franchigia I.P.	- Opzione Invalidità Permanente da Infortunio fin dal primo punto di invalidità; - Opzione Invalidità Permanente da Infortunio con Franchigia 25%.
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SEZIONE 2 - MORTE DA INFORTUNIO

Chi è assicurato

Art. 2.1 - COSE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa sezione possono essere assicurate le persone fisiche contro gli infortuni che abbiano come conseguenza diretta ed esclusiva il decesso dell'Assicurato.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 2.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- a) dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (Infortuni Extraprofessionali).

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione anche gli infortuni:

- c) sofferti durante l'uso e/o la guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto, **semprech  l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;**
- d) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, **purch  non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- e) conseguenti ad abuso di alcolici, con esclusione degli eventi occorsi all'Assicurato quando si trova alla guida di veicoli a motore in genere, di motoveicoli, di ciclomotori, nonch  di natanti e aeromobili in genere;
- f) sofferti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- g) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidariet  umana o per legittima difesa;
- h) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- i) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi; la garanzia   valida a condizione che l'Assicurato, al momento dello scoppio delle ostilit , si trovi gi  nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- j) occorsi in qualit  di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, occorsi in qualit  di passeggero su elicotteri di Enti e/o Societ  regolarmente autorizzati, che esercitano attivit  di Elisoccorso di Emergenza: tale evento   garantito a condizione che l'Assicurato sia imbarcato sull'elicottero in qualit  di volontario che presta il servizio di soccorso o in qualit  di soggetto soccorso;
- k) sofferti in conseguenza inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Sono sempre parificati ad infortunio:

- l) l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- m) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, **purch  dovuti a cause fortuite e involontarie;**
- n) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- o) l'annegamento;
- p) l'assideramento o il congelamento;
- q) i colpi di sole o di calore;
- r) la folgorazione;
- s) le lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali;
- t) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- u) la rottura sottocutanea dei tendini e le lesioni muscolari quali strappi e stiramenti.

Art. 2.3 - MOVIMENTI TELLURICI ED ERUZIONI VULCANICHE

Le garanzie sono inoltre estese agli infortuni sofferti in conseguenza di movimenti tellurici, ed eruzioni vulcaniche **solo in caso di Invalidit  permanente da Infortuni accertata superiore al 15% o Morte. Il massimale previsto corrisponde al 50% della somma assicurata con il massimo esborso di Euro 250.000,00.**

Art. 2.4 - RISCHI COMPRESI DALL'ESERCIZIO DI PRATICHE SPORTIVE

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Art. 2.5 - RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA CON LIMITAZIONI

Per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione   ugualmente valida, qualunque siano le modalit  e circostanze nelle quali sono svolti, **con una riduzione degli indennizzi nella misura del 50%.** Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme – Alpinismo o Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby

- Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio - Arti marziali in genere - Sci acrobatico e Scialpinismo - Guidoslitte.

Art. 2.6 - MORTE PRESUNTA

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli Artt. 60 e 62 c.c.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. 2.7 - CUMULO DELL'INDENNITA'

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Art. 2.8 - COMMORIENZA DEI GENITORI

In caso di decesso di entrambi i genitori (assicurati entrambi) la Società corrisponderà l'indennizzo spettante aumentato del **50%** con il massimo esborso della Società di **Euro 250.000,00**. Qualora per il caso morte risulti assicurato un solo genitore, la Società corrisponderà l'indennizzo spettante aumentato del **25%** con il massimo esborso a carico della Società di **Euro 125.000,00** indipendentemente dai carichi fiscali.

Art. 2.9 - MORTE PER CIRCOLAZIONE STRADALE

La Società corrisponderà complessivamente l'indennità prevista per il caso morte maggiorata del **100%** con il massimo esborso a carico della Società di **Euro 250.000,00** per gli infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dall'Assicurato in qualità di:

- conducente di qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato, **sempreché abilitato dalle vigenti disposizioni di legge;**
- trasportato su mezzi di locomozione pubblici o privati, **purché abilitati al trasporto di persone;**
- pedone, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Tale indennizzo aggiuntivo non è cumulabile con l'indennizzo aggiuntivo in caso di commorienza dei genitori.

Art. 2.10 - MORTE A SEGUITO DI RAPINA, SCIPPO, ESTORSIONE, SEQUESTRO

La Società corrisponderà complessivamente l'indennità prevista per il caso morte maggiorata del **25%** con il massimo esborso a carico della Società di **Euro 125.000,00** in caso di decesso a seguito di rapina, scippo, estorsione, sequestro (anche tentato). Tale indennizzo aggiuntivo non è cumulabile con l'indennizzo aggiuntivo in caso di Commorienza dei genitori e decesso a seguito incidente stradale.

Art. 2.11 - RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso all'Estero dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del contratto di assicurazione, la Società rimborserà le spese documentate per il rimpatrio salma fino alla concorrenza dell'importo di **Euro 5.000,00** che rappresenta il limite massimo di rimborso per ciascun sinistro e per periodo assicurativo. Sono escluse le spese relative alla composizione della salma, alla cremazione e di quelle sostenute per la cerimonia funebre. Nel caso di evento che comporti il decesso di due o più persone assicurate con il presente contratto di assicurazione, la Società ripartirà l'indennizzo dovuto in parti uguali tra i beneficiari e/o eredi legittimi e comunque non corrisponderà somma superiore all'importo previsto del contratto stesso.

Art. 2.12 - RECOVERY HOPE – SPERANZA DI RECUPERO

La Compagnia riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, **alternativo e sostitutivo di quelli previsti nel Modulo di Adesione**, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite.

L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di Morte, stabilito nel Modulo di Adesione.

La Compagnia verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito), l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni di seguito definite:

1. se l'Assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;
2. se sarà stata data comunicazione alla Compagnia, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Compagnia, a pena di decadenza, entro trenta giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e
3. se sarà stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa, ai sensi dell'Art. 2.18, su tale stato.

La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato, corredata dal provvedimento della Autorità Giudiziaria competente, in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope. A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui al Modulo di Adesione cesserà e quindi la Compagnia null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario.

Art. 2.13 - RIMBORSO SPESE CARTELLA CLINICA

La Società, su richiesta scritta dell'Assicurato, rimborsa il costo amministrativo sostenuto per la produzione della cartella clinica eventualmente richiesta dalla Società per dar corso all'indennizzo.

La Società rimborserà i costi sostenuti fino ad un massimo di **Euro 50,00** per sinistro.

Art. 2.14 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati e/o provocati:

- a) dall'uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo;
- b) dall'utilizzo come pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere, salvo quanto indicato all'Art. 2.2 lettera j);
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) dall'uso e guida di autoveicoli e motoveicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- e) dalle conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- f) da ubriachezza; questa esclusione opera solamente se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;
- g) da azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- h) da malattie mentali e da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- i) dall'uso di allucinogeni e da quello non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- j) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- k) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto previsto all'Art. 2.2 lettera i);
- l) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- m) dalla pratica di sport estremi quali: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e/o qualsiasi altra disciplina sportiva rientrante tra gli sport estremi;
- n) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- o) dall'uso e/o dalla guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o l'Assicurato dimostri, al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio, fatta eccezione per il caso di decesso o di invalidità permanente che non consenta il rinnovo;
- p) durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli eventi dannosi determinati:

- q) dalle conseguenze di ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti da qualunque causa determinati;
- r) dalle conseguenze di malattie tropicali inclusa la malaria;
- s) dalle conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai termini del contratto;
- t) da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche.

Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro**Art. 2.15 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MASSIMA SOMMA ASSICURABILE****DETERMINAZIONE DEL PREMIO**

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata scelta per il tasso relativo alla franchigia della garanzia Invalidità Permanente da Infortunio scelta ed indicata nel Modulo di Adesione secondo la seguente tabella:

Tipo di franchigia scelta sulla garanzia Invalidità Permanente	Tasso annuo imponibile pro mille per la garanzia Morte
fin dal primo punto di invalidità	1,1139
25%	0,4735

Al premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

E' possibile assicurare una somma che va da un minimo di **Euro 37.500,00** fino ad un massimo di **Euro 750.000,00**.

Art. 2.16 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Che cosa fare in caso di sinistro**Art. 2.17 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri
Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

Art. 2.18 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

In aggiunta a quanto sopra, è necessario anche il Certificato di Morte dell'Assicurato. I familiari dell'Assicurato o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 2.19 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario. In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 2.20 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche	2.3	50% della somma assicurata Invalidità permanente da Infortunio con il massimo di Euro 250.000,00	===
Rischi sportivi in garanzia con limitazioni	2.5	Indennizzi ridotti del 50%	===

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Commorienza dei genitori	2.8	Indennizzo aumentato del 50% con il massimo di Euro 250.000,00; se assicurato un solo genitore, indennizzo aumentato del 25% con il massimo di Euro 125.000,00	===
Morte per circolazione stradale	2.9	Indennizzo aumentato del 100% con il massimo di Euro 250.000,00	===
Morte a seguito di rapina, scippo, estorsione, sequestro	2.10	Indennizzo aumentato del 25% con il massimo di Euro 125.000,00	===
Rimpatrio salma	2.11	Euro 5.000,00 per sinistro e periodo assicurativo	===
Rimborso spese cartella clinica	2.13	Euro 50,00 per sinistro	===
Somma massima assicurabile	2.15	Minimo Euro 37.500,00 Massimo Euro 750.000,00	===

SEZIONE 3 - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Chi è assicurato

Art. 3.1 - COSE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa sezione possono essere assicurate le persone fisiche in caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta dopo la data di effetto e prima della cessazione del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione stessa.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 3.2 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata.

Se la malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è pertanto indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute da esse derivanti. In caso di denuncia di più di una patologia invalidante, ognuna sarà oggetto di valutazione separata.

Le invalidità permanenti per malattia già accertate e/o indennizzate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza e/o concorrenza con nuove invalidità per malattia insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo escludendo il pregiudizio riconducibili alle invalidità già accertate. Tuttavia, se la precedente malattia non è stata indennizzata in quanto la percentuale accertata risultava inferiore alla franchigia, e la nuova malattia concorre con la precedente, la valutazione verrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio derivante dalla precedente patologia.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata entro 540 giorni dalla prima diagnosi e non potrà essere oggetto di ulteriore valutazione dopo tale data, anche in caso di aggravamento. Entro tale termine la valutazione verrà effettuata anche indipendentemente dalla guarigione clinica.

Tuttavia, se la invalidità permanente per malattia indennizzata sia conseguente a una delle patologie sotto indicate:

- morbo di Parkinson
- Alzheimer
- malattie del motoneurone sclerosi multipla

potrà essere effettuata, a richiesta scritta dell'Assicurato, una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

La seconda valutazione non avverrà prima di 540 giorni dalla prima valutazione e non dopo 1.080 giorni dalla stessa.

Verrà riconosciuta la differenza tra la percentuale liquidabile in base alla nuova valutazione e la percentuale precedentemente liquidata, valutando esclusivamente l'aggravamento della patologia e non la concorrenza con nuove malattie.

Se a giudizio del medico dell'Assicurato e del consulente medico della Società un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della malattia e l'Assicurato non vuole sottoporsi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'Assicurato si fosse sottoposto al trattamento.

Art. 3.3 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER MALATTIA E CALCOLO DELL'INDENNIZZO

Oltre a quanto indicato all'Art. 3.11 è necessario allegare alla denuncia del sinistro la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta stabilizzazione della malattia;
- copia della cartella clinica e/o ogni altro documento utile per la valutazione del danno;
- certificato medico che indica il grado di invalidità permanente residuo.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società eventualmente chiedendo la collaborazione dei medici che lo hanno visitato e curato.

La valutazione del grado di invalidità è fatta con riferimento alle percentuali indicate nella tabella n. 2 - Invalidità permanente per malattia.

Nei casi non previsti nella tabella n. 2 Invalidità permanente per malattia, la percentuale di invalidità viene accertata facendo riferimento alle tabelle allegate al D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 (tabelle INAIL) senza tener conto delle modifiche successivamente intervenute alle tabelle. Infine, se l'invalidità non fosse prevista nemmeno nella tabella INAIL si terrà conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione.

La determinazione dell'indennizzo, calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità individuato secondo quanto previsto dal presente articolo, è effettuata in base alle percentuali indicate nella tabella n. 2.

Art. 3.4 - MASSIMO INDENNIZZO

Il grado di invalidità permanente indennizzato non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

Il capitale Assicurato rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera annualità. Pertanto, la somma degli importi indennizzati determinati da più malattie, non potrà superare, nell'arco dell'intera durata contrattuale, il capitale Assicurato.

Nel caso fosse corrisposto l'intero capitale Assicurato, cessa la copertura assicurativa, relativamente a questa garanzia, per l'Assicurato che ne ha usufruito. In tal caso, la Società si impegna a contrarre un nuovo contratto, alle medesime condizioni del Modulo di Adesione in corso, per le restanti garanzie.

Art. 3.5 - DECESSO ANTERIORE AL PAGAMENTO

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e non trasmissibile. Tuttavia, se l'Assicurato decede prima che l'indennizzo per l'invalidità permanente per malattia sia pagato, la Società liquida agli eredi l'importo concordato sulla base della documentazione acquisita prima dell'avvenuto decesso, consistente in tutta la documentazione di cui all'Art. 3.3. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

TABELLA 2 – PERCENTUALI DI VALUTAZIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' PERMANENTE PER MALATTIA:

Sistema Nervoso Centrale		VALUTAZIONE
Tetraplegia		100%
Paraplegia		80%
Emiplegia completa		80%
Emiparesi		dal 30% al 50%
Afasia sensoriale completa		60%
Altre forme di afasia		dal 20% al 40%
Epilessia secondaria con necessità di trattamento con crisi convulsive documentate:		
- crisi saltuarie (massimo 2-4 / anno)		20%
- crisi rare (massimo 1/ mese)		dal 35% al 40%
- crisi frequenti (circa 4 / mese in terapia)		dal 50% al 60%
Emiparkinsonismo (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 15% al 50%
Parkinsonismo bilaterale (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 20% al 60%
Apparato Neurosensoriale VALUTAZIONE		
Deficit visivi dopo correzione		
- cecità monolaterale		35%
- cecità bilaterale		100%
- Emianopsia omonima		30%
- Emianopsia a quadrante		sotto franchigia
- Sordità monolaterale		15%
- Sordità bilaterale		60%
Emilaringectomia		30%
Laringectomia		60%
Pneumectomia (perdita di un polmone)		45%
Lobectomia polmonare		25%
Deficit respiratori secondari a patologie bronco-polmonari da valutare secondo gli indici di funzionalità respiratoria della seguente tabella:		
PARAMETRI	% DEL VALORE TEORICO	VALUTAZIONE
FVC* FEV1* DLCO*	maggiore di 70 maggiore di 70 maggiore di 80	fino al 24%
FVC* FEV1* DLCO*	maggiore di 50 e minore di 70 maggiore di 40 e minore di 70 maggiore di 60 e minore di 80	dal 25% al 35%
FVC* FEV1* DLCO*	maggiore di 33 e minore di 50 maggiore di 33 e minore di 40 maggiore di 40 e minore di 60	dal 36% al 65%
FVC* FEV1* DLCO*	minore di 33 minore di 33 minore di 40	oltre il 65%
Apparato Digerente		VALUTAZIONE
Sindromi funzionali gastroenteriche:		
di media gravità		20%
di notevole gravità (significativa perdita di peso, disturbi di transito intestinale e dell'alvo, dolori, astenia, necessità di trattamento dietetico e farmacologico)		dal 30% al 40%
Stenosi esofagea		dal 30% al 40%
Esiti di gastrectomia totale con marcati disturbi funzionali		50%
Esiti di gastroresezione per ulcera		20%
Esiti di emicolectomia		30%
Esiti di colectomia totale		40%
Ano iliaco		45%
Incontinenza fecale		50%

Esiti di lobectomia epatica	25%
Esiti di epatectomia allargata	45%
Epatite cronica attiva	25%
Epatite cronica a evoluzione cirrotica	40%
Cirrosi epatica conclamata	60%
Cirrosi epatica scompensata	66%
Pancreatite cronica senza diabete e senza Insufficienza esocrina	40%
Pancreatite cronica con diabete e / insufficienza esocrina	60%
Esiti di pancreasectomia parziale	40%
Esiti di pancreasectomia totale	66%
Apparato Cardiovascolare	VALUTAZIONE
Angina da sforzo (documentata con test ergometrico)	dal 20% al 40%
Angina spontanea instabile nonostante la terapia	60%
Aritmie ribelli	dal 40% al 60%
Protesi valvolari cardiache e dell'aorta toracica	30%
Protesi aorta addominale	25%
Esiti angioplastica coronarica	30%
Esiti di intervento di By-pass aorto-coronarico	35%
Applicazione di pace maker	30%
Aneurisma aorta toracica non operabile	50%
Aneurisma aorta addominale non operabile	50%
Insufficienza cardiaca di riferimento anche per i casi diversi da quelli richiamati:	
I CLASSE NYHA	fino al 20%
II CLASSE NYHA	40%
III CLASSE NYHA	60%
IV CLASSE NYHA	Oltre il 66%
Apparato Urinario	VALUTAZIONE
Perdita anatomica o funzionale di un rene	25%
Cistostomia	40%
Urostomia	40%
Incontinenza urinaria parziale	15%
Incontinenza urinaria totale	30%
Insufficienza renale cronica senza necessità di dialisi (in rapporto al grado di funzionalità residua)	dal 20% al 50%
Insufficienza renale cronica con necessità di dialisi (in rapporto al quadro clinico ed eventuali complicanze)	dal 51% al 66%
Uremia	Oltre il 66%
Esiti di trapianto renale (in relazione alle complicanze)	dal 25% al 50%
Esiti di cistectomia con deviazione esterna	50%
Apparato Genitale Femminile	VALUTAZIONE
Isterectomia in età feconda	35%
Isterectomia in età non feconda	25%
Mastectomia radicale monolaterale	30%
Mastectomia radicale bilaterale	50%
Quadrantectomia allargata	25%
Ovariectomia bilaterale in età feconda	35%
Ovariectomia bilaterale in età non feconda	25%
Apparato Emopoietico	VALUTAZIONE
Leucemia acuta	50%
Leucemia mieloide cronica	35%
Leucemia linfatica cronica (in relazione alla gravità)	dal 40% al 60%
Mieloma multiplo	60%
Linfoma non Hodgkin	60%
Endocrinopatie	VALUTAZIONE
Diabete non insulino dipendente senza complicanze	10%
Diabete insulino dipendente in buon compenso	20%
Diabete insulino dipendente instabile	40%
N.B. le complicanze d'organo di origine diabetica (nefropatie, neuropatie, e retinopatie) andranno valutate a parte come	
Iposurrenalismo mal controllabile	dal 25% al 50%
Esiti di tiroidectomia totale	25%
Malattie reumatiche autoimmuni	VALUTAZIONE

Lupus eritematoso (LES) in relazione alla gravità ed all'estensione	dal 20% al 50%
Artrite reumatoide in relazione alla gravità ed all'estensione	dal 20% al 50%
Spondilite anchilopoietica gravemente deformante (in relazione alla gravità ed all'estensione)	dal 20% al 50%

* Legenda

FVC = Capacità vitale forzata

FEV1 = Volume espiratorio forzato in 1 secondo

DLCO = Capacità di diffusione polmonare dell'anidride carbonica

NYHA = New York Heart Association

In caso di isterectomia o ovariectomia o mastectomia totale, anche se la valutazione dei postumi individua una invalidità rientrante nella franchigia, potrà comunque essere corrisposto un indennizzo in base al seguente prospetto:

- sino 35 anni: 10% della somma assicurata;
- da 36 a 45 anni: 5% della somma assicurata;
- da 46 a 65 anni: 2% della somma assicurata;
- oltre 65 anni: nessun indennizzo

Art. 3.6 - TABELLE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Le prestazioni per Invalidità permanente da Malattia, determinate come indicato negli articoli precedenti, verranno liquidate secondo le seguenti modalità:

Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)	Grado di invalidità permanente accertato (in percentuale)	Indennizzo da applicare sulla somma assicurata (in percentuale)
Inferiore o uguale a 25	0	51	53
26	5	52	56
27	7	53	59
28	9	54	62
29	11	55	65
30	13	56	68
31	15	57	71
32	18	58	73
33	21	59	76
34	23	60	79
35	25	61	82
36	28	62	85
37	31	63	88
38	33	64	90
39	39	65	95
Dal 40 al 50	Dal 40 al 50	Dal 66 al 100	100

Art. 3.7 - RISCHI ESCLUSI

Sono in qualsiasi caso escluse dall'assicurazione le conseguenze sofferte a causa di:

- a) malattie congenite, malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipulazione del contratto già noti all'Assicurato e dallo stesso sottaciuti con dolo e/o colpa grave;
- b) danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili. Si precisa che non sono considerati "atti di guerra od insurrezione" le azioni di organizzazioni terroristiche e/o politiche anche se inquisite per insurrezione armata contro i poteri costituiti o simili imputazioni;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- d) i trattamenti di carattere estetico, le cure e le terapie dimagranti e dietetiche;
- e) i difetti e le malformazioni fisiche preesistenti alla data di stipulazione del contratto, già manifestatesi e note;
- f) le conseguenze dell'abuso di alcolici o dell'uso non terapeutico di psicofarmaci, allucinogeni o stupefacenti;
- g) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- h) gli stati patologici correlati alle infezioni HIV;
- i) le malattie professionali così definite dal D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche;
- j) le malattie congenite o le malattie insorte prima della stipulazione del contratto e sottaciute o non dichiarate alla Società con dolo o colpa grave del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto, già manifestatesi e note;
- k) le malattie conseguenti ad atti di terrorismo, sabotaggio, sequestro di persona, verificatisi in Paesi in stato di guerra o presidiati da Forze Militari Internazionali in missione per il mantenimento dell'ordine e/o della pace;

- l) le malattie conseguenti direttamente o indirettamente da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche;
- m) le malattie tropicali;
- n) le conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Sono invece comprese le conseguenze sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dall'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo.

Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Art. 3.8 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata, scelta dall'Assicurato e indicata nel Modulo di Adesione, per il tasso relativo alla fascia di età dall'Assicurato stesso.

Al premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

Fasce di età	Tasso annuo imponibile pro mille
da 0 fino a 25 anni	1,7025
da 26 fino a 35 anni	1,8622
da 36 fino a 40 anni	2,3410
da 41 fino a 45 anni	2,5538
da 46 fino a 50 anni	3,0326
da 51 fino a 55 anni	3,6179
da 56 fino a 60 anni	4,1499
da 61 fino a 65 anni	4,5756

MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

E' possibile assicurare una somma che va da un minimo di Euro 37.500,00 fino ad un massimo di Euro 375.000,00.

Art. 3.9 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 3.10 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri
Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

La denuncia della malattia deve avvenire entro 10 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto, sempreché la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

Art. 3.11 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 3.12 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.

In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 3.13 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 3.14 - RIMBORSO SPESE CARTELLA CLINICA

La Società, su richiesta scritta dell'Assicurato, rimborsa il costo amministrativo sostenuto per la produzione della cartella clinica eventualmente richiesta dalla Società per dar corso all'indennizzo.

La Società rimborserà i costi sostenuti fino ad un massimo di **Euro 50,00** per sinistro.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Massima somma assicurabile	3.8	Minimo Euro 37.500,00 Massimo Euro 375.000,00	25%
Rimborso spese cartella clinica	3.14	Euro 50,00 per sinistro	===

Franchigia I.P.M.	25%
-------------------	-----

SEZIONE 4 - INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Chi è assicurato

Art. 4.1 - COSE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa sezione possono essere assicurate le persone fisiche in caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 4.2 - OGGETTO DELLA GARANZIA

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Società liquida una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie. La diaria decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio.

La diaria è corrisposta per un massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.

La garanzia, all'estero è operante per un periodo massimo di 40 giorni per ogni sinistro, se l'Assicurato non si sottopone alla visita e agli accertamenti medici in Italia.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per Morte e Invalidità Permanente, con il rimborso spese mediche e con le diarie da immobilizzazione e da ricovero e convalescenza.

La determinazione dell'indennizzo sarà effettuata corrispondendo la somma assicurata integralmente (100%) per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale e/o parziale incapacità fisica ad attendere all'attività professionale.

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

- a) dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (Infortuni Extraprofessionali).

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione anche gli infortuni:

- c) sofferti durante l'uso e/o la guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto, sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- d) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) conseguenti ad abuso di alcolici, con esclusione degli eventi occorsi all'Assicurato quando si trova alla guida di veicoli a motore in genere, di motoveicoli, di ciclomotori, nonché di natanti e aeromobili in genere;
- f) sofferti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- g) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- h) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- i) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi; la garanzia è valida a condizione che l'Assicurato, al momento dello scoppio delle ostilità, si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- j) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, occorsi in qualità di passeggero su elicotteri di Enti e/o Società regolarmente autorizzati, che esercitano attività di Elisoccorso di Emergenza: tale evento è garantito a condizione che l'Assicurato sia imbarcato sull'elicottero in qualità di volontario che presta il servizio di soccorso o in qualità di soggetto soccorso;
- k) sofferti in conseguenza inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Sono sempre parificati ad infortunio:

- l) l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- m) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, purché dovuti a cause fortuite e involontarie;
- n) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- o) l'annegamento;
- p) l'assideramento o il congelamento;
- q) i colpi di sole o di calore;
- r) la folgorazione;
- s) le lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali;
- t) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- u) la rottura sottocutanea dei tendini e le lesioni muscolari quali strappi e stiramenti.

Art. 4.3 - RISCHI COMPRESI DALL'ESERCIZIO DI PRATICHE SPORTIVE

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Art. 4.4 - RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA CON LIMITAZIONI

Per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti, con una **riduzione degli indennizzi nella misura del 50%**. Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme – Alpinismo o Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby - Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio - Arti marziali in genere - Sci acrobatico e Scialpinismo - Guidoslitte.

Art. 4.5 - RISCHI ESCLUSI

La garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio non è applicabile a categorie quali studenti, pensionati, lavoratori dipendenti, minori.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati e/o provocati:

- a) dall'uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo;
- b) dall'utilizzo come pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere, salvo quanto indicato all'Art. 4.2 lettera j);
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) dall'uso e guida di autoveicoli e motoveicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- e) dalle conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- f) da ubriachezza; questa esclusione opera solamente se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;
- g) da azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- h) da malattie mentali e da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniac depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- i) dall'uso di allucinogeni e da quello non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- j) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- k) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto previsto all'Art. 4.2 lettera i);
- l) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- m) dalla pratica di sport estremi quali: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e/o qualsiasi altra disciplina sportiva rientrante tra gli sport estremi;
- n) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- o) dall'uso e/o dalla guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o l'Assicurato dimostri, al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio, fatta eccezione per il caso di decesso o di Invalità permanente che non consenta il rinnovo;
- p) durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli eventi dannosi determinati:

- a) dalle conseguenze di ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti da qualunque causa determinati;
- b) dalle conseguenze di malattie tropicali inclusa la malaria;
- c) dalle conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai termini del contratto;
- d) da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche.

Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Art. 4.6 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MASSIMA SOMMA ASSICURABILE**DETERMINAZIONE DEL PREMIO**

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata scelta ed indicata nel Modulo di Adesione per il premio sotto indicato:

Premio
Euro 10,0221

Al premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

E' possibile assicurare una somma giornaliera che va da un minimo di **Euro 25,00** fino ad un massimo di **Euro 150,00**.

Art. 4.7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 4.8 - ANTICIPO DEGLI INDENNIZZI

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente per infortunio stimata dalla Società sia pari o superiore al 15% ovvero il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata dalla Società sia superiore a 90 giorni verrà riconosciuto, su richiesta scritta dell'Assicurato, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo. Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'inabilità temporanea 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.

Art. 4.9 - FRANCHIGIA SULL'INABILITÀ TEMPORANEA

Al numero dei giorni di inabilità temporanea, determinati in base alle modalità indicate nell'Art. 4.2, verranno detratti 7 (sette) giorni di franchigia.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 4.10 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri

Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

Art. 4.11 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino alla dichiarazione/certificazione di avvenuta guarigione.

I certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. La garanzia, al netto della franchigia prevista nel Modulo di Adesione, decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato e cessa alle ore 24 del giorno dell'ultimo giorno di inabilità.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 4.12 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.

In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 4.13 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Rischi sportivi in garanzia con limitazioni	4.4	Indennizzi ridotti del 50%	7 giorni
Massima somma assicurabile	4.6	Minimo Euro 25,00 Massimo Euro 150,00	7 giorni

SEZIONE 5 - DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

Chi è assicurato

Art. 5.1 - COSE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa sezione possono essere assicurate le persone fisiche in caso di infortunio che abbia per conseguenza l'immobilizzazione di una o più articolazioni.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 5.2 - OGGETTO DELLA GARANZIA

Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo per lesioni traumatiche, ottenuto con bende gessate o qualsiasi altra metodica di immobilizzo (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ginocchiere o cavigliere), la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nel Modulo di Adesione, fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di 60 giorni per evento e per anno assicurativo.

Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- 60 giorni per la frattura del bacino;
- 60 giorni per la frattura del femore;
- 60 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- 30 giorni per la frattura completa della costola;
- 5 giorni per la frattura nasali;
- 50 giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal primo giorno di applicazione.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia i collari a strappo.

L'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione).

Nei casi in cui sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

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

- a) dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (Infortuni Extraprofessionali).

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione anche gli infortuni:

- c) sofferti durante l'uso e/o la guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto, sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- d) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) conseguenti ad abuso di alcolici, con esclusione degli eventi occorsi all'Assicurato quando si trova alla guida di veicoli a motore in genere, di motoveicoli, di ciclomotori, nonché di natanti e aeromobili in genere;
- f) sofferti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- g) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- h) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- i) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi; la garanzia è valida a condizione che l'Assicurato, al momento dello scoppio delle ostilità, si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- j) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, occorsi in qualità di passeggero su elicotteri di Enti e/o Società regolarmente autorizzati, che esercitano attività di Elisoccorso di Emergenza: tale evento è garantito a condizione che l'Assicurato sia imbarcato sull'elicottero in qualità di volontario che presta il servizio di soccorso o in qualità di soggetto soccorso;
- k) sofferti in conseguenza inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Sono sempre parificati ad infortunio:

- l) l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- m) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, purché dovuti a cause fortuite e involontarie;
- n) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- o) l'annegamento;
- p) l'assideramento o il congelamento;
- q) i colpi di sole o di calore;
- r) la folgorazione;

- s) le lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali;
- t) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- u) la rottura sottocutanea dei tendini e le lesioni muscolari quali strappi e stiramenti.

Art. 5.3 - RISCHI COMPRESI DALL'ESERCIZIO DI PRATICHE SPORTIVE

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Art. 5.4 - RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA CON LIMITAZIONI

Per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti, con una **riduzione degli indennizzi nella misura del 50%**. Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme – Alpinismo o Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby - Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio - Arti marziali in genere - Sci acrobatico e Scialpinismo - Guidoslitte.

Art. 5.5 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati e/o provocati:

- a) dall'uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo;
- b) dall'utilizzo come pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere, salvo quanto indicato all'art. 5.2 lettera j);
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) dall'uso e guida di autoveicoli e motoveicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- e) dalle conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- f) da ubriachezza; questa esclusione opera solamente se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;
- g) da azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- h) da malattie mentali e da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- i) dall'uso di allucinogeni e da quello non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- j) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- k) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto previsto all'Art. 5.2 lettera i);
- l) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- m) dalla pratica di sport estremi quali: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e/o qualsiasi altra disciplina sportiva rientrante tra gli sport estremi;
- n) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- o) dall'uso e/o dalla guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o l'Assicurato dimostri, al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio, fatta eccezione per il caso di decesso o di Invalidità permanente che non consenta il rinnovo;
- p) durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli eventi dannosi determinati:

- q) dalle conseguenze di ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti da qualunque causa determinati;
- r) dalle conseguenze di malattie tropicali inclusa la malaria;
- s) dalle conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai termini del contratto;
- t) da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche.

Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Art. 5.6 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MASSIMA SOMMA ASSICURABILE DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata scelta ed indicata nel Modulo di Adesione per il premio sotto indicato:

Premio
Euro 1,1392

Al premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

E' possibile assicurare una somma giornaliera che va da un minimo di **Euro 25,00** fino ad un massimo di **Euro 150,00**.

Art. 5.7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 5.8 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri
Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

Art. 5.9 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino alla dichiarazione/certificazione di avvenuta guarigione.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 5.10 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.

In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 5.11 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Rischi sportivi in garanzia con limitazioni	5.4	Indennizzi ridotti del 50%	===
Massima somma assicurabile	5.6	Minimo Euro 25,00 Massimo Euro 150,00	===

SEZIONE 6 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Chi è assicurato

Art. 6.1 - COSE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa sezione possono essere assicurate le persone fisiche contro gli infortuni che comportino la necessità di rimborso delle spese mediche che non risultino a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 6.2 - OGGETTO DELLA GARANZIA

Sono rimborsabili le seguenti spese effettivamente sostenute:

I – IN CASO DI RICOVERO PRESSO UN ISTITUTO DI CURA PER:

- a) gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati. **E' escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano conseguenza diretta e necessaria dell'infortunio.** Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se dovuto, sarà comunque indennizzato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi;
- b) le rette di degenza, gli esami (anche se svolti prima del ricovero), gli accertamenti diagnostici, le cure mediche ed infermieristiche, i medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi e le cure termali **(escluse le spese di natura alberghiera e di alloggio);**
- c) l'acquisto o il noleggio di carrozzine ortopediche **per un periodo massimo di 365 giorni;**
- d) il trasporto, con qualsiasi mezzo di soccorso allo scopo abilitato, all'Istituto di Cura o in ambulatorio ed il rientro alla abitazione **entro il limite massimo del 10% della somma assicurata;**
- e) assistenza infermieristica a domicilio **con il limite di Euro 50,00 giornaliero e per un massimo di 30 giorni;**
- f) vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera per un accompagnatore dell'Assicurato, **con il limite giornaliero di Euro 50,00 e per un massimo di 30 giorni;**
- g) trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'Estero e viceversa in treno o con aereo, **fino alla concorrenza dell'importo massimo di Euro 2.000,00 per evento.**
- h) eventuali ticket versati dall'Assicurato al SSN, relativi alle prestazioni che precedono;
- i) in caso di ricovero presso Istituto di cura che comporti almeno 3 pernottamenti e per il quale le prestazioni sono a totale carico del SSN, viene corrisposta un'indennità sostitutiva di **Euro 25,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo assoluto di 60 giorni per evento e anno assicurativo. La presente indennità è cumulabile, se prevista dal contratto, con l'indennità giornaliera da ricovero convalescenza.**

II - DOPO IL RICOVERO PRESSO UN ISTITUTO DI CURA SEMPRECHÉ PRESCRITTI DAL MEDICO CURANTE PER:

- a) gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure mediche ed infermieristiche ambulatoriali, l'acquisto di medicinali avvenuti nei **150 giorni successivi** alla data di dimissione del primo ricovero. **E' escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano conseguenza diretta e necessaria dell'infortunio;**
- b) i trattamenti fisioterapici, rieducativi e le cure termali **(escluse le spese di natura alberghiera e di alloggio);**
- c) l'acquisto o il noleggio di carrozzine ortopediche **per un periodo massimo di 365 giorni;**
- d) il trasporto, con qualsiasi mezzo di soccorso allo scopo abilitato, all'Istituto di Cura o in ambulatorio ed il rientro alla abitazione **entro il limite massimo del 10% della somma assicurata;**
- e) assistenza infermieristica a domicilio **con il limite di Euro 50,00 giornaliero e per un massimo di 30 giorni;**
- f) trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'Estero e viceversa in treno o con aereo, **fino alla concorrenza dell'importo massimo di Euro 2.000,00 per evento.**

III - IN ASSENZA DI RICOVERO SEMPRECHÉ PRESCRITTI DAL MEDICO CURANTE PER:

- a) gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure mediche ed infermieristiche ambulatoriali, l'acquisto di medicinali avvenuti nei **120 giorni successivi** alla data dell'infortunio. **E' escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano conseguenza diretta e necessaria dell'infortunio;**
- b) i trattamenti fisioterapici, rieducativi e le cure termali **(escluse le spese di natura alberghiera e di alloggio)** sostenuti nei **120 giorni successivi** alla data dell'infortunio;
- c) qualora l'Assicurato si avvalga di prestazioni erogate da strutture del Servizio Sanitario Nazionale, eventuali ticket versati dall'Assicurato al SSN; **in tal caso la franchigia prevista non sarà applicata;**
- d) **per tutte le spese, fatta eccezione per i ticket del SSN, rimane a carico dell'Assicurato una franchigia fissa ed assoluta di Euro 50,00 per ciascun evento.**

La Società rimborserà tutte le spese a cure ultimate e purché comprovate da regolare documentazione sanitaria e dalle relative notule e fatture comprovanti le spese sostenute. Saranno ammesse al rimborso tutte le spese sostenute dall'Assicurato e presentate entro 2 anni dalla data di accadimento dell'infortunio.

Sono inoltre da intendersi comprese le spese relative all'acquisto di presidi sanitari come ad esempio carrozzine, busti, cavigliere e ginocchiere. Tale copertura si intende prestata fino a concorrenza dell'importo massimo di **Euro 2.000,00** per evento, con una franchigia pari ad **Euro 50,00**.

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

- a) dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (Infortuni Extraprofessionali).

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione anche gli infortuni:

- c) sofferti durante l'uso e/o la guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto, purché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- d) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) conseguenti ad abuso di alcolici, con esclusione degli eventi occorsi all'Assicurato quando si trova alla guida di veicoli a motore in genere, di motoveicoli, di ciclomotori, nonché di natanti e aeromobili in genere;
- f) sofferti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- g) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- h) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- i) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi; la garanzia è valida a condizione che l'Assicurato, al momento dello scoppio delle ostilità, si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;
- j) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, occorsi in qualità di passeggero su elicotteri di Enti e/o Società regolarmente autorizzati, che esercitano attività di Elisoccorso di Emergenza: tale evento è garantito a condizione che l'Assicurato sia imbarcato sull'elicottero in qualità di volontario che presta il servizio di soccorso o in qualità di soggetto soccorso;
- k) sofferti in conseguenza inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Sono sempre parificati ad infortunio:

- l) l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- m) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, purché dovuti a cause fortuite e involontarie;
- n) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- o) l'annegamento;
- p) l'assideramento o il congelamento;
- q) i colpi di sole o di calore;
- r) la folgorazione;
- s) le lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali;
- t) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- u) la rottura sottocutanea dei tendini e le lesioni muscolari quali strappi e stiramenti.

Art. 6.3 - DANNI ESTETICI

Per le conseguenze di carattere estetico a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del contratto di assicurazione, verranno rimborsate solamente le spese sanitarie documentate sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica e per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. La Società riconoscerà tali spese fino alla concorrenza dell'importo di **Euro 5.000,00** che rappresenta il limite massimo di rimborso per ciascun sinistro e per periodo assicurativo. Qualora nel contratto sia operante la garanzia rimborso spese mediche da infortunio, l'importo sopra indicato sarà operante in eccedenza alla somma assicurata prevista per tale garanzia.

Art. 6.4 - RISCHI COMPRESI DALL'ESERCIZIO DI PRATICHE SPORTIVE

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Art. 6.5 - RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA CON LIMITAZIONI

Per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolte, con una **riduzione degli indennizzi nella misura del 50%**. Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme - Alpinismo o Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby - Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio - Arti marziali in genere - Sci acrobatico e Scialpinismo - Guidoslitta.

Art. 6.6 - INDENNITÀ PER PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora, in caso di infortunio indennizzabile a termini di contratto, lo studente Assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e, in conseguenza dell'infortunio stesso, si trovi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà un indennizzo pari ad **Euro 2.000,00**. Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità Scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

Art. 6.7 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati e/o provocati:

- a) dall'uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo;
- b) dall'utilizzo come pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere, salvo quanto indicato all'Art. 6.2 lettera j);
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) dall'uso e guida di autoveicoli e motoveicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- e) dalle conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- f) da ubriachezza; questa esclusione opera solamente se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;
- g) da azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- h) da malattie mentali e da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- i) dall'uso di allucinogeni e da quello non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- j) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- k) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto previsto all'Art. 6.2 lettera i);
- l) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- m) dalla pratica di sport estremi quali: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e/o qualsiasi altra disciplina sportiva rientrante tra gli sport estremi;
- n) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- o) dall'uso e/o dalla guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o l'Assicurato dimostri, al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio, fatta eccezione per il caso di decesso o di Invalidità permanente che non consenta il rinnovo;
- p) durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli eventi dannosi determinati:

- q) dalle conseguenze di ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti da qualunque causa determinati;
- r) dalle conseguenze di malattie tropicali inclusa la malaria;
- s) dalle conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai termini del contratto;
- t) da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche.

Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro**Art. 6.8 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MASSIMA SOMMA ASSICURABILE****DETERMINAZIONE DEL PREMIO**

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata scelta ed indicata nel Modulo di Adesione per il premio corrispondente secondo la seguente tabella:

Somma Assicurata	Premio
Fino ad Euro 2.500 di Somma assicurata	Euro 0,0265
da Euro 2.501 e fino ad Euro 5.000 di Somma assicurata	Euro 0,0189

da Euro 5.001 e fino ad Euro 7.500 di Somma assicurata	Euro 0,0140
da Euro 7.501 e fino ad Euro 10.000 di Somma assicurata	Euro 0,0129
da Euro 10.001 e fino ad Euro 15.000 di Somma assicurata	Euro 0,0118
da Euro 15.001 e fino ad Euro 20.000 di Somma assicurata	Euro 0,0096
da Euro 20.001 e fino ad Euro 25.000 di Somma assicurata	Euro 0,0090
da Euro 25.001 e fino ad Euro 30.000 di Somma assicurata	Euro 0,0081
da Euro 30.001 e fino ad Euro 35.000 di Somma assicurata	Euro 0,0073
da Euro 35.001 e fino ad Euro 40.000 di Somma assicurata	Euro 0,0066

Al premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

E' possibile assicurare una somma che va da un minimo di **Euro 2.500,00** fino ad un massimo di **Euro 40.000,00**.

Art. 6.9 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 6.10 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri
Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

Art. 6.11 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 6.12 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Epletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.

In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 6.13 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Trasporto in istituto di cura e rientro all'abitazione	6.2 punto I lettera d)	10% della somma assicurata Rimborso Spese Mediche da Infortunio	===
Assistenza infermieristica a domicilio	6.2 punto I lettera e)	Euro 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni	===
Vitto e pernottamento accompagnatore	6.2 punto I lettera f)	Euro 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni	===
Trasporto all'estero e viceversa	6.2 punto I lettera g)	Euro 2.000,00 per evento	===
Indennità sostitutiva	6.2 punto I lettera i)	Euro 25,00 per giorno di ricovero con almeno 3 pernottamenti e con il massimo di 60 giorni	===
Trasporto in istituto di cura e rientro all'abitazione	6.2 punto II lettera d)	10% della somma assicurata Rimborso Spese Mediche da Infortunio	===
Assistenza infermieristica a domicilio	6.2 punto II lettera e)	Euro 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni	===
Trasporto all'estero e viceversa	6.2 punto II lettera f)	Euro 2.000,00 per evento	===
In assenza di ricovero: esami, accertamenti diagnostici, cure mediche ed infermieristiche, acquisto di medicinali; trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure termali	6.2 punto III lettere da a) a d)	Il massimale indicato nel Modulo di Adesione; Euro 2.000,00 per spese relative all'acquisto di presidi sanitari	Euro 50,00 per evento
Danni estetici	6.3	Euro 5.000,00	===
Rischi sportivi in garanzia con limitazioni	6.5	Indennizzi ridotti del 50%	===
Indennità per perdita dell'anno scolastico	6.6	Euro 2.000,00	===
Massima somma assicurabile	6.8	Minimo Euro 2.500,00 Massimo Euro 40.000,00	===

SEZIONE 7 - INDENNITA' DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA - DIARIA DA CONVALESCENZA

Chi è assicurato

Art. 7.1 - COSE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa sezione possono essere assicurate le persone fisiche contro gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili o le alterazioni dello stato di salute non dipendenti da infortunio le quali abbiano per conseguenza un ricovero ospedaliero con necessità di percepire un'indennità.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 7.2 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società corrisponde, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.

La durata massima dei giorni indennizzabili per evento e per anno assicurativo è di 365 giorni per infortunio e 30 giorni per malattia o parto.

In caso di ricovero per malattia l'indennità verrà riconosciuta a partire dal quarto giorno (eccetto il caso in cui ci sia stato un intervento chirurgico).

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

DAY HOSPITAL

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% dell'indennità prevista nel Modulo di Adesione per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

DIARIA DA CONVALESCENZA

In caso di ricovero in Istituto di cura o in regime di Day Hospital superiore a 3 giorni, oltre alla indennità per ricovero ospedaliero, la Società liquida una indennità pari a quella per ricovero per la successiva convalescenza domiciliare.

L'indennità sarà automaticamente riconosciuta per un numero di giorni uguale a quello del ricovero o del Day Hospital e per un periodo massimo di 45 giorni annui per infortunio e 30 giorni annui per malattia o parto, sempreché il periodo di convalescenza sia risultante dalla documentazione sanitaria rilasciata al momento delle dimissioni.

Ai fini del conteggio dei giorni di ricovero il giorno di ingresso e dimissione vengono considerati come un unico giorno e verranno considerati come ricovero anche i giorni in cui l'Assicurato abbia lasciato il luogo di ricovero con permesso medico risultante da idonea certificazione.

La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza.

Tale indennizzo verrà corrisposto anche qualora, per lo stesso evento, sia stata corrisposta:

- la Diaria da immobilizzazione di cui all'Art. 5.2 oppure
- la Diaria per inabilità temporanea da infortunio di cui all'Art. 4.2.

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

- a) dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (Infortuni Extraprofessionali).

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione anche gli infortuni:

- c) sofferti durante l'uso e/o la guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto, sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- d) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) conseguenti ad abuso di alcolici, con esclusione degli eventi occorsi all'Assicurato quando si trova alla guida di veicoli a motore in genere, di motoveicoli, di ciclomotori, nonché di natanti e aeromobili in genere;
- f) sofferti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- g) conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- h) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- i) derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi; la garanzia è valida a condizione che l'Assicurato, al momento dello scoppio delle ostilità, si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;

- j) occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, occorsi in qualità di passeggero su elicotteri di Enti e/o Società regolarmente autorizzati, che esercitano attività di Elisoccorso di Emergenza: tale evento è garantito a condizione che l'Assicurato sia imbarcato sull'elicottero in qualità di volontario che presta il servizio di soccorso o in qualità di soggetto soccorso;
- k) sofferti in conseguenza inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere.

Sono sempre parificati ad infortunio:

- l) l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- m) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, purché dovuti a cause fortuite e involontarie;
- n) le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- o) l'annegamento;
- p) l'assideramento o il congelamento;
- q) i colpi di sole o di calore;
- r) la folgorazione;
- s) le lesioni determinate da sforzi, comprese le ernie addominali;
- t) le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- u) la rottura sottocutanea dei tendini e le lesioni muscolari quali strappi e stiramenti.

Art. 7.3 - RISCHI COMPRESI DALL'ESERCIZIO DI PRATICHE SPORTIVE

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, comprese le relative prove e allenamenti, organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni o Associazioni Sportive.

Art. 7.4 - RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA CON LIMITAZIONI

Per le discipline qui di seguito specificatamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti, con una **riduzione degli indennizzi nella misura del 50%**. Pratiche Sportive: Pugilato - Atletica pesante - Equitazione - Lotta nelle sue varie forme - Alpinismo o Scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (il "Free Climbing" rientra nelle pratiche previste dal presente elenco a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura, come la corda, l'imbrago, e altri attrezzi, per sicurezza. Laddove sia svolta senza ausilio di alcun attrezzo, rientra nelle pratiche escluse) - Speleologia - Salto del trampolino con sci e idrosci - Bob - Football americano - Rugby - Immersioni con autorespiratore - Canoa - Kayak - Rafting - Hockey su ghiaccio - Arti marziali in genere - Sci acrobatico e Scialpinismo - Guidoslitta.

Art. 7.5 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati e/o provocati:

- a) dall'uso anche come passeggero di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclubs e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo;
- b) dall'utilizzo come pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere, salvo quanto indicato all'Art. 7.2 lettera j);
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) dall'uso e guida di autoveicoli e motoveicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- e) dalle conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- f) da ubriachezza; questa esclusione opera solamente se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;
- g) da azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- h) da malattie mentali e da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- i) dall'uso di allucinogeni e da quello non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- j) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- k) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto previsto all'Art. 7.2 lettera i);
- l) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- m) dalla pratica di sport estremi quali: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e/o qualsiasi altra disciplina sportiva rientrante tra gli sport estremi;
- n) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- o) dall'uso e/o dalla guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o l'Assicurato dimostri,

al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio, fatta eccezione per il caso di decesso o di Invalidità permanente che non consenta il rinnovo;

- p) durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli eventi dannosi determinati:

- q) dalle conseguenze di ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti da qualunque causa determinati;
 r) dalle conseguenze di malattie tropicali inclusa la malaria;
 s) dalle conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai termini del contratto;
 t) da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche.

Sono in qualsiasi caso escluse dall'assicurazione le conseguenze sofferte a causa di:

- u) malattie congenite, malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipulazione del contratto già noti all'Assicurato e dallo stesso sottaciuti con dolo e/o colpa grave;
 v) danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili. Si precisa che non sono considerati "atti di guerra od insurrezione" le azioni di organizzazioni terroristiche e/o politiche anche se inquisite per insurrezione armata contro i poteri costituiti o simili imputazioni;
 w) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- x) i trattamenti di carattere estetico, le cure e le terapie dimagranti e dietetiche;
 y) i difetti e le malformazioni fisiche preesistenti alla data di stipulazione del contratto, già manifestatesi e note;
 z) le conseguenze dell'abuso di alcolici o dell'uso non terapeutico di psicofarmaci, allucinogeni o stupefacenti;
 aa) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
 bb) gli stati patologici correlati alle infezioni HIV;
 cc) le malattie professionali così definite dal D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche;
 dd) le malattie congenite o le malattie insorte prima della stipulazione del contratto e sottaciute o non dichiarate alla Società con dolo o colpa grave del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto, già manifestatesi e note;
 ee) le malattie conseguenti ad atti di terrorismo, sabotaggio, sequestro di persona, verificatisi in Paesi in stato di guerra o presidiati da Forze Militari Internazionali in missione per il mantenimento dell'ordine e/o della pace;
 ff) le malattie conseguenti direttamente o indirettamente da contaminazioni Nucleari, Biologiche, Chimiche;
 gg) le malattie tropicali;
 hh) le conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Sono invece comprese le conseguenze sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dall'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo.

Sono inoltre escluse tutte le forme di risarcimento o prestazione che possano esporre la responsabilità della Società nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o degli USA, a patto che non violino regolamentazioni o leggi nazionali applicabili alla Compagnia.

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Art. 7.6 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MASSIMA SOMMA ASSICURABILE DETERMINAZIONE DEL PREMIO

1) INFORTUNI E MALATTIA

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata, scelta dall'Assicurato e indicata nel Modulo di Adesione, per il premio relativo alla fascia di età dall'Assicurato stesso:

Fasce di età	Premio
Da 0 fino a 35 anni	Euro 1,5961
da 36 fino a 40 anni	Euro 1,7025
da 41 fino a 45 anni	Euro 2,3410
da 46 fino a 50 anni	Euro 2,8730
da 51 fino a 55 anni	Euro 3,2987
da 56 fino a 60 anni	Euro 3,9371
da 61 fino a 65 anni	Euro 4,2563

I premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

2) SOLO INFORTUNI

Il premio imponibile è calcolato moltiplicando la somma assicurata, scelta dall'Assicurato e indicata nel Modulo di Adesione, per il premio sotto indicato:

Premio
Euro 0,8120

Al premio imponibile verranno aggiunte le imposte dovute per legge.

MASSIMA SOMMA ASSICURABILE

E' possibile assicurare una somma che va da un minimo di **Euro 25,00** fino ad un massimo di **Euro 150,00**.

Art. 7.7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7.8 - ANTICIPO DEGLI INDENNIZZI

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente per infortunio stimata dalla Società sia pari o superiore al **15%** ovvero il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata dalla Società sia superiore a 90 giorni verrà riconosciuto, su richiesta scritta dell'Assicurato, un anticipo pari al **50%** del presumibile indennizzo definitivo. Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'inabilità temporanea 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.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 7.9 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società stessa al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. c/o Assicura Agenzia Srl Ufficio Sinistri
Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

Art. 7.10 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico e da copia completa della cartella clinica. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino alla dichiarazione/certificazione di avvenuta guarigione.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 7.11 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Italia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.

In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 7.12 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 7.13 - RIMBORSO SPESE CARTELLA CLINICA

La Società, su richiesta scritta dell'Assicurato, rimborsa il costo amministrativo sostenuto per la produzione della cartella clinica eventualmente richiesta dalla Società per dar corso all'indennizzo delle garanzie di invalidità permanente per infortunio, invalidità permanente per malattia, di diaria da ricovero per infortunio o diaria da ricovero per malattia o parto.

La Società rimborserà i costi sostenuti fino ad un massimo di **Euro 50,00** per sinistro.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Indennità da ricovero da infortunio e malattia	7.2	La somma assicurata indicata nel Modulo di Adesione	3 giorni in caso di malattia, tranne per intervento chirurgico
Day hospital	7.2	Indennità pari al 50% di quella prevista nel Modulo di Adesione	===
Diaria da convalescenza	7.2	Una somma pari a quella prevista per il ricovero	===
Rischi sportivi in garanzia con limitazioni	7.4	Indennizzi ridotti del 50%	===
Massima somma assicurabile	7.6	Minimo Euro 25,00 Massimo Euro 150,00	===
Rimborso spese cartella clinica	7.13	Euro 50,00 per sinistro	===

SEZIONE 8 - NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 8.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza collettiva, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a corrispondere un indennizzo all'Assicurato per gli eventi conseguenti ad Infortunio e/o Malattia in relazione alle combinazioni di garanzie indicate nel Modulo di Adesione.

L'Aderente ha la possibilità di scegliere la Formula Singola o la Formula Nucleo secondo le garanzie di seguito elencate:

FORMULA SINGOLA	GARANZIE
Garanzia Obbligatoria <i>Invalidità Permanente da Infortunio</i>	Sezione 1
Garanzie Opzionali Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Malattia Inabilità Temporanea da Infortunio Diaria da Immobilizzazione Rimborso Spese Mediche da Infortunio Indennità da ricovero Infortunio e Malattia – Diaria da Convalescenza	Sezione 2 Sezione 3 Sezione 4 Sezione 5 Sezione 6 Sezione 7

FORMULA NUCLEO	GARANZIE
Garanzia Obbligatoria <i>Invalidità Permanente da Infortunio</i>	Sezione 1
Garanzie Opzionali Morte da Infortunio Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Sezione 2 Sezione 6

Nel caso di Aderente Persona Giuridica sarà possibile scegliere la Formula Singola indicando il Key Man come Assicurato.

Se l'Aderente è Persona Fisica sarà possibile scegliere la Formula Singola o la Formula Nucleo.

Nella Formula Nucleo è possibile acquistare la garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio solo in abbinamento con le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio e Morte da infortunio.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie e le somme assicurate e/o i massimali indicati nel Modulo di Adesione.

Per quanto riguarda la garanzia Infortuni, la garanzia è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento:

- dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- di ogni altra attività di carattere non professionale (Infortuni Extraprofessionali), fatte salve le esclusioni di cui agli Artt. relativi ai "Rischi Esclusi" delle varie Sezioni delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 8.2 - CRITERI GENERALI DI ASSICURABILITA' – ESCLUSIONE DELLE PREESISTENZE

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (purché non annullata) riguardante gli stessi assicurati e l'identica garanzia, eventuali preesistenze legate a sinistri presenti nella polizza sostituita non si intendono rilevanti.

Art. 8.3 - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ad 80 anni.

Le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Indennità da ricovero per Infortunio e Malattia – Diaria da Convalescenza prevedono che la copertura rimanga in vigore fino al raggiungimento del 65esimo anno di età dell'assicurato.

Le garanzie Invalidità permanente da Infortunio, Morte da Infortunio, Inabilità temporanea da infortunio, Diaria da Immobilizzazione, Rimborso spese mediche da infortunio e Indennità da ricovero per Infortunio – Diaria da Convalescenza prevedono che la copertura rimanga in vigore fino al raggiungimento dell'80esimo anno di età dell'assicurato.

In caso di raggiungimento del 80esimo anno di età durante l'annualità in corso la copertura assicurativa rimarrà comunque attiva sino alla prima scadenza annuale.

Non sono assicurabili:

- 1) I soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Limitatamente alla componente Malattia:

- 2) I soggetti che abbiano subito accertamenti diagnostici con esito positivo, trattamenti curativi, interventi chirurgici o ricoveri in istituti di cura per una o più delle seguenti malattie:
- Vasculopatia cerebrale;
 - Malattie del sistema nervoso centrale o periferico;
 - Asma o enfisema polmonare;
 - Infarto, coronaropatie, valvulopatia, angina pectoris;
 - Ipertensione arteriosa;
 - Steatosi epatica o cirrosi;
 - Epatite virale;
 - Ulcera gastrica;
 - Colite ulcerosa, morbo di Crohn;
 - Nefriti;
 - Diabete e sue complicazioni;
 - Malattie del sistema endocrino;
 - Malattie del sangue (es. emofilia);
 - Malattie del connettivo (es. periartrite nodosa, lupus erimatoso);
 - Neoplasie in genere;
 - Artrite reumatoide;
 - Immunodeficienza acquisita (AIDS).

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia qualsiasi variazione dovesse insorgere in corso di contratto relativamente al suo stato di salute, ai sensi dell'Art. 1898 c.c.

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle sopra indicate affezioni, presenti anche nella DBS (Dichiarazione del buono stato di salute) sarà valutata dalla Compagnia, che si riserverà la possibilità di far cessare il contratto alla prima scadenza annuale successiva. Sarà comunque possibile la prosecuzione del rapporto contrattuale limitatamente alle coperture non riguardanti la sopravvenuta affezione.

Esempio: in caso di sopravvenienza di diabete, sarà comunque possibile la prosecuzione della copertura per quanto riguarda la componente Infortuni.

Non sono inoltre assicurabili le persone che esercitano le attività professionali di seguito riportate:

- Personale delle Forze Armate (Esercito, Aeronautica, Marina Militare)
- Personale appartenente alle Forze dell'Ordine (Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza) per i casi di infortunio conseguente a conflitto a fuoco o partecipazione a missioni e addestramento ad eccezione delle attività di formazione in aula/sede
- Personale appartenente alla Polizia Municipale, Vigili del Fuoco permanenti
- Personale alle dipendenze di Istituti di Vigilanza permanenti (agenti di istituti di pena e rieducazione)
- Personale addetto alla lavorazione, trasporto, utilizzo di materiale esplosivo e/o contaminante
- Personale addetto alla preparazione di spettacoli pirotecnici
- Personale addetto a lavori subacquei (palombari e sommozzatori professionisti e similari)
- Personale di circhi equestri inclusi artisti e acrobati
- Personale di bordo di velivoli aerei e mezzi marittimi
- Assistenti di viaggio e crociera
- Personale addetto al collaudo di qualsiasi veicolo e/o mezzo marittimo
- Personale addetto al collaudo di qualsiasi veicolo aereo e/o aeromobile
- Personale addetto a parchi di divertimento e/o di giostre
- Personale addetto alla pulizia, manutenzione, riparazione di cisterne e serbatoi (anche di mezzi marittimi)
- Personale addetto all'utilizzo di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione
- Atleti che praticano discipline sportive professionalmente
- Stuntman, Controfigure, Guardie del Corpo, Investigatori privati
- Personale addetto alla sicurezza di locali pubblici e privati
- Astrologi, preveggenti chiromanti e professioni assimilate
- Brillatori e artificieri in cave e miniere
- Cacciatori
- Conduttori di impianti e macchinari per trattamento di minerali e di pietre
- Controllori fiscali
- Ingegneri energetici e nucleari
- Istruttori nautica e volo

- Manovali e altro personale non qualificato delle miniere e delle cave
- Operatori di macchinari per la produzione di prodotti derivati dalla chimica, farmaci esclusi
- Personale addetto alla caccia e alla pesca
- Tecnici aerospaziali/avionici
- Tecnici nucleari e minerari

Art. 8.4 - FORMULA NUCLEO

La Società si obbliga ad indennizzare le garanzie Morte, Invalidità Permanente da Infortunio e Rimborso Spese Mediche ai componenti del Nucleo Familiare e nei limiti delle somme assicurate indicate nel Modulo di Adesione.

Fermi i criteri generali di liquidazione, la determinazione degli indennizzi verrà effettuata secondo le modalità seguenti: nel caso di evento che coinvolge uno o più componenti il Nucleo Familiare, le somme assicurate previste per le garanzie Morte, Invalidità Permanente o Rimborso Spese Mediche - che rappresentano il massimo esborso della Società per l'Intero Nucleo Familiare – saranno ripartite secondo quanto di seguito riportato:

- a) **50% della somma assicurata** a favore dell'Aderente;
- b) **il restante 50% della somma assicurata** verrà riconosciuto in parti uguali agli altri componenti specificati nei "Dati assicurati del Nucleo" presenti nel Modulo di Adesione.

La copertura è operante solo per gli assicurati nominativamente indicati nel Modulo di Adesione purché facenti parte dello stesso stato di famiglia (il Nucleo può prevedere un massimo di 6 nominativi compreso quello dell'Aderente).

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa dovessero esserci delle variazioni nei componenti del nucleo familiare, l'Aderente è tenuto a comunicarle alla Compagnia entro la prima scadenza annuale.

In caso di mancata comunicazione delle variazioni entro tale data:

- **per l'annualità in corso** si intenderanno comunque assicurate le persone presenti nel nuovo stato di famiglia (eccetto i soggetti presenti nello stato di famiglia all'atto di emissione della copertura e non nominativamente indicati nel Modulo di Adesione). In tal caso la ripartizione delle somme assicurate avverrà in base al nuovo numero di assicurati.
- **per le successive annualità** si intenderanno assicurate esclusivamente le persone nominativamente presenti nel Modulo di Adesione.

Art. 8.5 - BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni Invalidità Permanente da Infortunio, Invalidità Permanente da Malattia, Inabilità Temporanea da Infortunio, Diaria da Immobilizzazione, Rimborso Spese Mediche da Infortunio, Indennità da ricovero da Infortunio e Malattia - Diaria da convalescenza è l'Assicurato stesso.

Beneficiari per la garanzia Morte sono le persone nominativamente indicate nel Modulo o, in mancanza, gli Eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

Fermo il disposto dell'Art. 1920 c.c.

In caso di aderente Persona Giuridica beneficiari potranno essere la stessa Società aderente o le persone fisiche nominativamente indicate nel Modulo per la sola garanzia Morte, l'Assicurato per la sola garanzia Rimborso Spese Mediche, mentre per le restanti garanzie sarà la stessa Società aderente alla copertura assicurativa (tranne in caso di autorizzazione da parte della Persona Giuridica a considerare beneficiario l'Assicurato anche per le restanti garanzie).

Art. 8.6 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Per ogni Assicurato l'operatività della copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione e cessa alla data di scadenza copertura presente nel modulo stesso, sempre che sia stata pagato il premio o la prima rata di premio.

L'assicurazione ha durata annuale più eventuale rateo e si rinnova tacitamente ad ogni scadenza annuale, salvo disdetta della singola adesione o della Polizza collettiva.

Art. 8.7 - DISDETTA, CESSAZIONE E ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE

La disdetta della singola copertura assicurativa da parte dell'Assicurato deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. ai seguenti indirizzi:

Assicura Agenzia Srl

Sede di Udine – Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine

Oppure

HDI Italia S.p.A. – Ufficio Portafoglio

Viale Certosa, 222 – 20156 – Milano

O via PEC (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.hdiitalia.it) e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Copertura Assicurativa stessa.

Art. 8.8 - PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

Il Contraente della Polizza collettiva e la Società confermano che il pagamento del premio verrà corrisposto ad **Assicura Agenzia**, che riveste il ruolo di intermediario gestore della presente Polizza, dall'Aderente, il quale conferirà, nel Modulo di Adesione, apposito incarico affinché venga operato un addebito, sul suo conto corrente pari all'importo del Premio

assicurativo o della rata di premio della prima annualità e delle annualità successive per la durata stabilita all'interno del Modulo di Adesione.

Il primo premio o la prima rata di premio (comprensivo di imposte di legge) devono essere corrisposti alla firma del contratto. Si precisa che:

- nel caso di pagamento tramite SEPA, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo di Adesione, o dalla data di emissione del Modulo stesso se successiva, a condizione che lo stesso abbia buon esito o, in caso contrario, che il pagamento sia effettuato entro 30 giorni;
- se l'Aderente non paga i premi o le rate di pagamento successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

Art. 8.9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente

Addebito tramite SDD

Art. 8.10 - REGIME FISCALE

I premi relativi alle garanzie del presente contratto sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

Art. 8.11 - OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario Collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione;
- sottoporre a ciascun Assicurato l'Informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da HDI Italia S.p.A. e ove previsto a raccogliere gli eventuali consensi al trattamento da trasmettere alla Compagnia.

Art. 8.12 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente 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, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c.

Art. 8.13 - AGGRAVAMENTO E/O DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'Art.1898 c.c.

Art. 8.14 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato.

Art. 8.15 - ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni con altre società. La Società dispensa gli Assicurati dalle comunicazioni di cui all'Art. 1910 c.c.

Art. 8.16 - LIMITI TERRITORIALI DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 8.17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto si rinvia alle norme di legge.

Art. 8.18 - PRESCRIZIONE

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

Art. 8.19 - COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

HDI Italia S.p.A.

c/o Assicura Agenzia Srl

Via Verzegnis 15 - 33100 Udine
Fax 0432 - 473512

Art. 8.20 - FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente l'Autorità giudiziaria del luogo in cui l'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio, o ha la sede legale o amministrativa.

Art. 8.21 - ALLEGATI

Gli allegati al presente Modulo di Adesione costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

Art. 8.22 - RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

HDI Italia S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano

Fax: 02/45402417

mail: reclami@hdiitalia.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e di Modulo di Adesione e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa. Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto. Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 8.23 - FACOLTÀ DI RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DA PARTE DELLA COMPAGNIA

La presente assicurazione e le relative coperture, ivi inclusi l'adempimento dell'obbligazione di indennizzo dei sinistri o la corresponsione di qualsiasi beneficio economico o servizio di assistenza è garantito solo ed esclusivamente se non in contrasto con un embargo totale o parziale o qualsivoglia sanzione economica, commerciale e finanziaria messa in atto dall'Unione Europea, dal Governo Italiano o da qualsiasi altro Organismo internazionale riconosciuto dal Governo Italiano, ove siano applicabili anche al Contraente e/o agli Assicurati e/o ai Beneficiari della presente polizza. In tali casi il contratto si risolve di diritto senza che sia dovuta alcuna somma o altra prestazione da parte della Compagnia.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.