



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER INFORTUNIO, DIARIA DA
RICOVERO E CONVALESCENZA, GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI,
I.P.M.

NOBIS SALUS

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Base;**
- b) Dip Aggiuntivo;**
- c) Glossario;**
- d) Condizioni di assicurazione**

che devono essere consegnati al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

GRUPPO NOBIS

Il Contraente deve prendere visione del Dip Base, del Dip Aggiuntivo e delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

GLOSSARIO

› Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

› Assicurazione

È il contratto con il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana (Art. 1882 del Codice Civile).

› Beneficiario

Il soggetto o i soggetti ai quali l'Impresa deve liquidare l'indennizzo in caso di sinistro mortale.

› Carenza

il periodo di tempo trascorso il quale la garanzia diviene operante.

› Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

› Convalescenza

Il periodo tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

› Day hospital

Degenza diurna in Istituto di cura, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.

› Daysurgery

Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.

› Franchigia

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

› Gessatura

Consiste nell'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili.

Può ritenersi di pari efficacia anche l'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, effettuata in Istituto di cura e comunque da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali e distorsioni. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

a) le fasce elastiche in genere

b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molli"

c) i busti ortopedici elastici (CAMP 35, MZ e simili)

d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia

e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o di immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c), d).

› Impresa

NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

› Inabilità temporanea

Temporanea incapacità ad attendere all'occupazione professionale dichiarata in polizza.

› Indennizzo

La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

› **Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca, come conseguenza diretta ed esclusiva, lesioni fisiche obiettivamente rilevabili e constatabili.

› **Intervento chirurgico**

Interventi terapeutici o diagnostici mediante uso di strumenti chirurgici, ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

› **Invalidità permanente da infortunio o malattia**

La perdita definitiva, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione dichiarata.

› **Istituto di cura**

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale che private, regolarmente autorizzate al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, colonie della salute, nonché RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale).

› **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

› **Malattia coesistente**

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che non determini alcuna influenza sulla malattia denunciata come sinistro, e sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa sistemi organo-funzionali diversi.

› **Malattia concorrente**

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che determini una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata come sinistro, e sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo-funzionale.

› **Nucleo familiare**

Le persone riportate dallo stato di famiglia e i conviventi che tali risultino da riscontro anagrafico.

› **Personale infermieristico**

Addetti preposti all'assistenza e forniti di specifico diploma.

› **Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

› **Premio**

La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

› **Ricovero**

Degenza in Istituto di cura che comporta pernottamento.

› **Rischio**

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

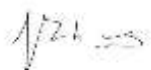
› **Sinistro**

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente documento.

Il Rappresentante Legale

Dr. Giorgio Introvigne



Condizioni di Assicurazione Nobis Salus Mod.FINS.001.12.2018 – Ultimo aggiornamento 01/12/2018

› Di cosa parliamo

Di una copertura completa che indennizza i danni derivanti da infortunio, permettendovi di affrontare gli imprevisti che potrebbero compromettere la vostra integrità fisica o la vostra salute e indirettamente il vostro patrimonio. Prevede inoltre la possibilità di migliorare la vostra sicurezza con le garanzie Grandi Interventi Chirurgici, Diaria da Infortunio o Malattia e Invalidità Permanente da Malattia.

› Cosa assicura

A seconda delle garanzie sottoscritte:

- › A seguito di infortunio, se è stata riconosciuta una invalidità permanente, assicura un capitale proporzionato al grado di invalidità; rimborsa inoltre le spese di cura che si sono dovute affrontare e riconosce una indennità convenuta per il periodo in cui non si è potuto attendere alla normale attività lavorativa. In caso di morte riconosce agli eredi o beneficiari il capitale assicurato.
- › Assicura il pagamento dell'indennità sottoscritta per ogni giorno di ricovero reso necessario da infortunio o malattia e per ogni giorno di successiva convalescenza.
- › Rimborsa le spese sostenute in caso di grande intervento chirurgico.
- › A seguito di malattia, se è stata riconosciuta una invalidità permanente, assicura un capitale proporzionato al grado di invalidità.

› Come è formata

Nobis Salus è formata da 5 sezioni distinte:

- › **Infortuni**
- › **Diaria da ricovero e convalescenza**
- › **Grandi interventi chirurgici**
- › **Invalidità Permanente da Malattia**
- › **Assistenze**

Con un sistema flessibile e modulare che permette di scegliere per quali importi e per quali garanzie assicurare uno o più componenti il nucleo familiare.

Comprende delle garanzie di base ed altre facoltative che si possono scegliere seconda delle esigenze di ogni Cliente.

› Come si stipula

L'Intermediario prepara un preventivo dettagliato e personalizzato sulla base delle necessità del Cliente e lo fornisce allo stesso con le presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Intermediario, sulla base delle informazioni fornitegli, compila la polizza nella quale specifica i dati del Contraente e degli Assicurati, le garanzie scelte, ciascuna con la relativa somma da assicurare e riporta le indicazioni nelle diverse caselle.

Il Contraente firma la polizza e versa il relativo premio.

Il contratto è ora impegnativo per le parti.

AVVERTENZE

Le Condizioni di polizza riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza NobisSalus stipulata dal Contraente.

Si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate sul modulo di polizza; L'assicurazione è prestata per le somme o massimali indicati, per le singole garanzie, sul modulo di polizza, fatti salvi i limiti di risarcimento, le franchigie o scoperti eventualmente previsti sul modulo stesso o nelle presenti condizioni;

La presente normativa contrattuale viene integrata a tutti gli effetti dal Glossario presente in Nota Informativa.

Le definizioni riportate nel Glossario hanno valore convenzionale.

In ottica di trasparenza le parti del testo sottolineate rispondono ai criteri di evidenziazione previsti dal Nuovo Codice delle Assicurazioni.

SEZIONE I - INFORTUNI

I RISCHI ASSICURATI

ART. 1 › DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

1. Cosa si intende per infortunio

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente rilevabili.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi o subiti in stato o in conseguenza di malore, vertigini o incoscienza.

Sono altresì considerati infortuni:

- › l'asfissia, purché non dipendente da malattia;
- › gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazioni accidentali di sostanze tossiche;
- › l'annegamento;
- › l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- › le infezioni causate da morsi d'animali o punture d'insetti (con esclusione delle infezioni malariche e le malattie tropicali, nonché le conseguenze delle punture di zecca);
- › le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti resi necessari da infortunio;
- › la rottura sottocutanea del tendine d'Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine del quadricipite femorale, nei limiti di quanto riportato nell'apposita tabella per l'accertamento dell'invalidità permanente.
- › gli strappi muscolari e le ernie muscolari derivanti da sforzo;

2. Rischi con particolari delimitazioni

L'assicurazione vale per gli infortuni:

a) Derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

b) Subiti come conducente di qualsiasi veicolo o natante a motore, compresi motocicli di qualsiasi cilindrata, purché l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, o con patente scaduta, sempreché l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro o alla dimissione dall'istituto di cura se l'infortunio ha comportato ricovero, o come trasportato sugli stessi;

c) Derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport con esclusione di:

› salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico ed estremo, bob, pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., arrampicata libera (freeclimbing), canoa fluviale oltre il 3° grado, salto con l'elastico (bungeejumping), rafting, kite surf, hydrospeed e tutti gli altri sport estremi in genere;

› paracadutismo e sport aerei in genere;

› immersioni con autorespiratore;

› corse e gare (con relative prove) e prove su pista per qualsiasi motivo eseguite, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura.

Si conviene inoltre che, in caso di invalidità permanente, l'indennizzo dovuto a termini di polizza è ridotto del 30% per gli infortuni verificatisi in occasione di:

› speleologia;

› corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a: calcio, sport equestri, hockey e ciclismo, sempreché praticati a livello non professionale.

d) A parziale deroga dell'Art. 3 Esclusioni punto c), derivanti da guerra anche civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra, dell'insurrezione, dell'invasione o dell'occupazione militare, se l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi mentre si trova all'estero.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

e) Subiti in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento (rischio volo).

Nel caso in cui la polizza abbia durata non inferiore ad un anno sono compresi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che da Società / Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, e da Aeroclubs.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione e da eventuali analoghe estensioni contemplate da altre assicurazioni infortuni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati non potrà superare per ciascuna persona i capitali di:

Euro 1.000.000,00 per il caso di Morte e Euro 1.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

Complessivamente per aeromobile i capitali di:

Euro 3.000.000,00 per il caso di Morte e Euro 3.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ART. 2 › AMBITO DI EFFICACIA

L'assicurazione vale per gli infortuni avvenuti nell'ambito dell'attività professionale dichiarata in polizza (**Rischio professionale**) e delle attività legate alla vita privata (**Rischio extraprofessionale**). Sul modulo di polizza risulta indicato in corrispondenza della voce "Cod.Prof" il numero identificativo della professione svolta dall'Assicurato, ricavato dall'ALLEGATO 2 Tabella elenco attività professionali.

L'assicurazione si può limitare:

a) ai soli infortuni avvenuti nell'ambito delle attività legate alla vita privata (Rischio solo extraprofessionale);
b) ai soli infortuni avvenuti nell'ambito dell'attività professionale dichiarata in polizza (Rischio solo professionale); sono compresi inoltre gli infortuni subiti durante:

› il percorso compiuto dall'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (rischio in itinere),
› l'intero arco delle 24 ore qualora vengano effettuate trasferte fuori dal Comune, sede abituale di lavoro,
Sempre che, in entrambi i casi a) e b), l'Assicurato svolga un'attività professionale alle dipendenze di terzi, vincolata ad un orario fisso e predeterminato di lavoro.

Sul modulo di polizza risulterà indicata in corrispondenza della voce "Cod.Prof":

› nel caso sub a) la sigla EXTRA;
› nel caso sub b) il numero identificativo della professione svolta dall'Assicurato.

ART. 3 › ESCLUSIONI

La copertura assicurativa non è operante per:

a) gli infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
b) gli infortuni causati dall'abuso di psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
c) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione;
d) gli infarti e le ernie non traumatiche;
e) gli infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso, anche come passeggero, di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili.
f) gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
g) gli infortuni occorsi in occasione 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.);
› terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;
› conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortuni.
h) gli infortuni subiti all'estero durante l'espletamento del servizio militare o del servizio civile sostitutivo dello stesso;

ART. 4 › MORTE

1. Cosa si garantisce

L'Impresa, al verificarsi di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini la Morte dell'Assicurato, riconosce il pagamento della somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza di designazione, agli eredi testamentari o legittimi in parti uguali tra loro.

L'indennizzo viene riconosciuto purché la morte avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

2. Commorienza dei coniugi

In caso di morte in un unico sinistro dei coniugi, entrambi assicurati con la presente polizza, la sola quota parte della somma assicurata spettante ai figli superstiti che al momento del sinistro risultino minorenni a carico sarà raddoppiata, restando inteso che la maggiorazione totale non potrà superare un importo pari a Euro 200.000,00.

3. Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Impresa liquiderà ai beneficiari la somma assicurata prevista in caso di morte.

La liquidazione della somma assicurata non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Ove si sia trattato di infortunio, avvenuto in volo indennizzabile a termini di polizza, o durante la navigazione, valgono le disposizioni del Codice della Navigazione.

Se successivamente è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, l'Impresa avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

ART. 5 › INVALIDITÀ PERMANENTE

1. Cosa si garantisce

L'Impresa, al verificarsi di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, riconosce, in caso di invalidità permanente, il pagamento di una percentuale della somma assicurata, proporzionalmente al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri indicati al successivo punto 5 e secondo le percentuali riportate nella **"Tabella accertamento grado di Invalidità Permanente" Allegato 1).**

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 80% sarà liquidata l'intera somma assicurata.

L'indennizzo per invalidità permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati entro due anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

Nel caso in cui, trascorsi due anni dall'infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, si procederà a liquidare l'indennizzo in via definitiva, secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

2. Franchigia su Invalidità Permanente

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente sarà effettuata applicando le percentuali di franchigia riportate sul modulo di polizza.

Pertanto su ciascuna fascia di capitale assicurato l'indennizzo sarà dovuto solo se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore alla percentuale di franchigia indicata sul modulo per quella stessa fascia di capitale.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Impresa liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di alcuna franchigia.

3. Accertamento del grado di Invalidità Permanente

Il grado di invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella Tabella riportata su Allegato 1 e secondo i seguenti criteri:

› nei casi di preesistenti menomazioni conseguenti ad infortuni, postumi di pregresse malattie od intossicazioni croniche od invalidanti, malformazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti;

› la perdita totale ed irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di limitazione della funzionalità, le percentuali indicate in Allegato 1 vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

› nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

› la perdita anatomica o funzionale di più organi o 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%;

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

› in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;

› in caso di constatato mancinismo le percentuali suesposte riferite all'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa;

Nei casi non specificati nella Tabella dell'Allegato 1, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali ed ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

4. Anticipo dell'indennizzo

L'Assicurato può richiedere, non prima di 180 giorni dalla data di presentazione della denuncia di infortunio, un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità e che la presunta percentuale di invalidità stimata dall'Impresa in base alla documentazione acquisita sia superiore al 20%.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Impresa comunicherà all'Assicurato l'importo dell'anticipo e provvederà a metterlo a sua disposizione entro 30 giorni.

Tale importo si intenderà versato a titolo di acconto sull'indennizzo totale dovuto per invalidità permanente e sarà scomputato all'atto della liquidazione definitiva dello stesso.

La liquidazione dell'anticipo non pregiudica alcuna ragione di successiva contestazione totale o parziale del diritto all'indennizzo da parte dell'Impresa e la conseguente ripetizione della somma anticipata ove risultasse in tutto o in parte contrattualmente non dovuta.

5. Spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato riporti lesioni a seguito di grave infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo stesso potrà richiedere all'Impresa la concessione quale anticipo sull'indennizzo, di una cifra forfettaria, pari a Euro 1.000,00 a fronte di spese immediate imposte dall'evento.

A tal fine l'Assicurato dovrà rivolgersi all' Intermediario a cui è assegnata la polizza e l'Impresa potrà concedere l'anticipo richiesto purché si verifichino comunque le seguenti condizioni:

› la richiesta deve pervenire all' Intermediario entro e non oltre 30 giorni dalla data dell'infortunio;

› le lesioni subite dovranno essere accertate e documentate dall'attestazione di dimissione oppure, in caso di persistente degenza, da dichiarazione della Direzione Sanitaria o da personale medico del reparto di ricovero da cui si rilevi il tipo di lesione e la causale dell'infortunio;

› dalla documentazione sanitaria inviata all' Intermediario e dagli ulteriori accertamenti eventualmente richiesti, la lesione deve comportare a giudizio del medico dell'Impresa una presunta percentuale di invalidità permanente pari o superiore al 10%.

L'Impresa comunicherà all'Assicurato l'esito della richiesta ed in caso di positivo accoglimento, provvederà a versare l'anticipo entro 15 giorni. Detto importo si intenderà versato a titolo di acconto sull'indennizzo totale dovuto per invalidità permanente e come tale sarà scomputato all'atto della liquidazione definitiva dello stesso.

La liquidazione dell'anticipo non pregiudica alcuna ragione di successiva contestazione totale o parziale del diritto all'indennizzo da parte dell'Impresa e la conseguente ripetizione della somma anticipata ove risultasse in tutto o in parte contrattualmente non dovuta.

La richiesta dell'anticipo equivale a tutti gli effetti, ove non già presentata in precedenza, a denuncia di sinistro a sensi delle Condizioni di Assicurazione.

6. Estensioni alle garanzie Morte e Invalidità Permanente

A) Tabella INAIL

Si conviene che per ogni Assicurato, qualora venga indicato A sul modulo di polizza nella casella "Estensioni", in caso di Invalidità Permanente la tabella delle percentuali prevista in Allegato 1, si intende sostituita con quella allegata al DPR 30 giugno 1965 n. 1124 in vigore al 31/12/1999 e con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa (Ex tabella INAIL).

Per la valutazione delle lesioni e delle menomazioni si procederà in base a quanto indicato al punto 3 Accertamento del grado di Invalidità Permanente. Per le lesioni e le menomazioni non esplicitamente menzionate nella tabella Ex INAIL, si utilizzeranno le percentuali previste nella Tabella in Allegato 1.

B) Assorbimento franchigia su Invalidità Permanente

Qualora venga indicato B sul modulo di polizza nella casella "Estensioni", si conviene di ridurre dal 30% al 10% il grado di Invalidità Permanente a partire dal quale non viene applicata alcuna franchigia (a parziale deroga del Punto 2 - Franchigia su Invalidità Permanente dell'Art. 5);

C) Sopravvalutazione valori di liquidazione

Qualora venga indicato C sul modulo di polizza nella casella “Estensioni”, si conviene di liquidare l'I.P. accertata di grado pari o superiore al 20%, secondo le percentuali riportate nella seguente tabella:

% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA	% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA	% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA	% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA
20	20	40	75	61	100	82	123
21	22	41	78	62	100	83	124,5
22	24	42	81	63	100	84	126
23	26	43	84	64	100	85	127,5
24	28	44	87	65	100	86	129
25	30	45	90	66	100	87	130,5
26	32	46	93	67	100,5	88	132
27	34	47	96	68	102	89	133,5
28	36	48	99	69	103,5	90	135
29	38	49	100	70	105	91	136,5
30	40	50	100	71	106,5	92	138
31	42	51	100	72	108	93	139,5
32	44	52	100	73	109,5	94	141
33	46	53	100	74	111	95	142,5
34	48	54	100	75	112,5	96	144
35	50	55	100	76	114	97	145,5
36	63	56	100	77	115,5	98	147
36	63	57	100	78	117	99	148,5
37	66	58	100	79	118,5	100	150
38	69	59	100	80	120		
39	72	60	100	81	121,5		

D) Scalata di roccia

Si conviene che:

› qualora venga indicato **D** sul modulo di polizza nella casella “Estensioni”, è compresa in garanzia la pratica non professionale della scalata di roccia sino al 5° grado della scala di U.I.A.A. (Union Internationale des Associations d'Alpinisme);

E) Immersioni con autorespiratore

Qualora venga indicato E sul modulo di polizza nella casella “Estensioni”, è compresa in garanzia la pratica non professionale delle immersioni con autorespiratore, sempreché l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da una associazione legalmente autorizzata o stia partecipando al corso volto all'ottenimento del suddetto brevetto. Sono pertanto comprese anche le embolie gassose.

Le estensioni D ed E:

› sono prestate sino alla concorrenza delle somme assicurate con il limite comunque di Euro 200.000,00 per la garanzia Morte e Invalidità permanente; non sono invece operanti per la garanzia Inabilità temporanea, se sottoscritta.

Si conviene infine che se l'Assicurato ha optato per le estensioni D e/o E:

› in caso di invalidità permanente la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata applicando una franchigia del 10%, pertanto l'indennizzo sarà dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 10%; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 10%, in espressa deroga e sostituzione dell'Art. 5.4 Franchigia su Invalidità Permanente;

› non potranno essere operative le estensioni di garanzia di cui ai precedenti punti A, B e C anche se sottoscritte.

F) Terremoto

Qualora venga indicato F sul modulo di polizza nella casella “Estensioni”, sono compresi in garanzia gli infortuni occorsi all'Assicurato a seguito di terremoto, a parziale deroga dell'art. 3 – Esclusioni, punto G).

La presente estensione è prestata per le garanzie morte ed invalidità permanente sino alla concorrenza delle somme assicurate con il limite comunque di Euro 250.000,00; non è invece operante per le altre garanzie, anche se sottoscritte.

Si conviene inoltre che:

› in caso di invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata solo in caso di invalidità accertata pari o superiore al 50%, secondo le percentuali riportate nella Tabella accertamento grado di invalidità permanente - Allegato 1, senza applicazione di alcuna franchigia;

› non potranno essere operative le estensioni di garanzia di cui ai precedenti punti A, B e C anche se sottoscritte.

ART. 6 › INABILITÀ TEMPORANEA

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce, in caso di inabilità temporanea il pagamento della somma giornaliera assicurata, per un periodo massimo di 365 giorni a partire dal giorno dell'infortunio, con le seguenti modalità:

› integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di esercitare le sue occupazioni professionali;

› ridotta al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

L'indennizzo per inabilità temporanea decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato come disposto all'Art. 13 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi, dedotti i giorni di franchigia indicati sul modulo di polizza e viene corrisposto fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità, fermo il limite sopraindicato.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

Il decorso delle lesioni deve essere documentato senza soluzione di continuità da certificati medici fino a guarigione avvenuta; tali certificati devono essere trasmessi all'Impresa.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore.

ART. 7 › DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di ricovero in Istituto di cura sia in Italia che all'estero (compreso Day hospital e Daysurgery).

L'Impresa, sempreché la polizza sia in vigore, corrisponde il pagamento dal primo giorno del ricovero della somma giornaliera assicurata sino ad un massimo di 365 giorni, anche se non consecutivi, da quello dell'infortunio ma comunque non oltre 2 anni dallo stesso, complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo.

Agli effetti del computo dell'indennità dovuta, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano giorno unico.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa dalla quale risulti la causa dell'infortunio e la durata del ricovero.

ART. 8 › DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di giustificata convalescenza successiva a ricovero dipendente da infortunio in Istituto di cura sia in Italia che all'estero (compreso Day hospital e Daysurgery).

In caso di convalescenza successiva ad uno o più ricoveri dipendenti dal medesimo infortunio, l'Impresa corrisponde il pagamento della somma giornaliera assicurata per ogni giorno di convalescenza, purché prescritta e documentata dal medico curante, con un limite massimo di 20 giorni.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza su presentazione dei relativi certificati medici.

ART. 9 › DIARIA DA GESSATURA DA INFORTUNIO

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di gessatura che rientri nella fattispecie di cui alla voce "Gessatura" nel contesto del Glossario riportato in Nota Informativa.

L'Impresa corrisponde il pagamento della somma giornaliera assicurata a decorrere:

› in caso di immobilizzazione con gesso o materiali simili dalle ore 24 del giorno dell'applicazione della gessatura sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 50 giorni in tutti gli altri casi;

› in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni, fissatori esterni, stecche digitali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni in caso di frattura delle dita e di 50 giorni in tutti gli altri casi;

› in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 50 giorni.

2. Presentazione delle documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni, la data di applicazione e di rimozione del gesso, il periodo di effettiva immobilizzazione nei casi diversi dall'applicazione del gesso.

Tutte le lesioni devono essere clinicamente diagnosticate e documentate mediante radiografia o TAC (tomografia assiale computerizzata) o RM (risonanza magnetica) o in ecografia o in artroscopia.

Per una migliore comprensione la gessatura può essere così schematizzata:			
TIPO DI IMMOBILIZZAZIONE	GESSO O MATERIALI SIMILARI	TUTORI ORTOPEDICI FISSATORI ESTERNI STECCHE DIGITALI	CASI PARTICOLARI
TIPO DI LESIONE	TUTTE	FRATTURE OSSEE, LESIONI CAPSULARI ROTTURE LEGAMENTOSE COMPLETE O PARZIALI (DISTORSIONI)	FRATTURA SCOMPOSTA DELLE COSTE E DEL BACINO O FRATTURA COMPOSTA DI ALMENO DUE ARCHI COSTALI
DURATA DELLA CORRESPONSIONE DELLA DIARIA	SINO AL GIORNO DELLA RIMOZIONE CON IL MASSIMO DI 20 GIORNI PER LE DITA E 60 GIORNI IN TUTTI GLI ALTRI CASI	PER TUTTO IL PERIODO DI DOCUMENTATA IMMOBILIZZAZIONE CON IL MASSIMO DI 15 GIORNI PER LE DITA (FRATTURE, LESIONI CAPSULARI E ROTTURE LEGAMENTOSE) E 45 IN TUTTI GLI ALTRI CASI	PER TUTTO IL PERIODO DI DOCUMENTATA IMMOBILIZZAZIONE CON IL MASSIMO DI 60 GIORNI PER LE COSTE E IL BACINO
TUTTI I TIPI DI LESIONE DEVONO COMUNQUE ESSERE CLINICAMENTE DIAGNOSTICATI E DOCUMENTATI CON RADIOGRAFIE O TAC O RM O IN ECOGRAFIA O IN ARTROSCOPIA			

ART.10 › RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce, sino alla concorrenza del massimale indicato sul modulo di polizza, complessivamente per uno o più sinistri verificatisi nel medesimo periodo di assicurazione annuo, il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

a) durante il ricovero per:

- › onorari di medici e di chirurghi;
- › diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento;
- › rette di degenza;
- › assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici;
- › trasporto in ambulanza o qualunque altro mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura, con un limite di rimborso pari al 20% del massimale prescelto dall'Assicurato;
- › trattamenti fisioterapici e rieducativi.

b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o all'infortunio senza ricovero e sempreché la polizza sia in vigore, per:

- › prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami;
- › trattamenti fisioterapici e rieducativi, previa detrazione del 25% delle spese. In caso di gessatura i 90 giorni decorrono dal giorno in cui viene rimossa la stessa; in entrambi i casi, purché direttamente conseguenti all'infortunio, e prescritti dal medico curante

Sono in ogni caso esclusi i medicinali e le protesi dentarie.

Non sono previsti rimborsi in caso di danni estetici al viso dovuti a deturpazioni e sfregi conseguenti ad infortunio.

2. Presentazione delle documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dall'Impresa, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

ART. 11 › DANNO ESTETICO

1. Cosa si garantisce

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato riporti lesioni al viso tali da provocarne lo sfregio permanente o la deturpazione, l'Impresa riconosce il rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dalla guarigione clinica - sempreché la polizza sia in vigore - allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica e estetica.

Il rimborso spese per danni estetici è riconosciuto fino alla concorrenza della somma indicata nel modulo di polizza con riferimento ai danni estetici e complessivamente per uno o più sinistri verificatisi nel medesimo periodo di assicurazione annuo; è esteso a lesioni subite in altre parti del corpo sempreché l'Assicurato abbia riportato un'Invalidità Permanente superiore al 3%.

L'assicurazione non riconosce le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti all'evento.

L'Impresa assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

a) durante il ricovero per:

- › onorari di medici e di chirurghi;
- › diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento;
- › rette di degenza;
- › assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici.

b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o, in assenza di ricovero, alla prima cura o applicazione e sempreché la polizza sia in vigore, per:

- › prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami, purché relativi al danno estetico e prescritti dal medico curante.

Sono in ogni caso esclusi i medicinali e le protesi dentarie.

2. Presentazione delle documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dall'Impresa, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

ART. 12 › PERDITA ANNO SCOLASTICO

1. Cosa si garantisce

Qualora l'Assicurato - studente, di età inferiore a 20 anni, non sia ammesso alla classe superiore a seguito di assenze dalle lezioni in conseguenza esclusiva di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa corrisponde l'indennità indicata sul modulo di polizza.

Tale indennità spetta a condizione che:

- a) i giorni di assenza dalle lezioni siano successivi all'entrata in vigore della polizza, non siano inferiori a 70 giorni consecutivi o a 85 giorni in più soluzioni e siano registrati nel corso dello stesso anno scolastico;
- b) la mancata ammissione alla classe superiore riguardi la frequenza di scuole elementari, medie inferiori e medie superiori.

2. Presentazione di documentazione

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di:

- a) certificazione rilasciata dalla segreteria della scuola o dal Provveditorato agli Studi dalla quale risulti il numero dei giorni di assenza successivi alla data dell'infortunio;
- b) certificazione medica attestante che le assenze dalle lezioni sono state conseguenza dell'infortunio denunciato.

ART. 13 › DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto, all'Impresa non appena ne abbia la possibilità.

La denuncia deve contenere il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni; il decorso delle stesse deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato, i suoi familiari ed aventi diritto devono consentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine che si ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 Codice Civile).

ART. 14 › CUMULO DI INDENNIZZI

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Impresa riconosce ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Gli altri indennizzi previsti dalle garanzie facoltative sono invece cumulabili con quelli per invalidità permanente e per morte.

ART. 15 › MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Relativamente ad ogni garanzia sottoscritta che sia stata interessata da sinistro, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e provvede al pagamento entro 30 giorni.

Per gli infortuni avvenuti all'estero il pagamento verrà effettuato in Italia nella valuta vigente.

Se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata, l'Impresa paga ai beneficiari o agli eredi l'importo liquidato od offerto.

Se l'Assicurato decede, durante il periodo di validità della copertura, per cause direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa liquiderà agli eredi dell'Assicurato anche la differenza tra la somma già liquidata o offerta e l'ammontare complessivo del capitale assicurato per il "caso morte" al momento dell'infortunio o della malattia che ha generato il sinistro.

Se l'Assicurato decede, per cause non direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, gli Eredi dell'Assicurato avranno facoltà di trasmettere all'Impresa la documentazione attestante il grado d'invalidità dell'Assicurato (certificazione INPS, INAIL, referti di accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, cartelle cliniche). L'Impresa pagherà agli Eredi la somma dovuta in forza del grado d'invalidità effettivamente comprovato.

Se l'Assicurato decede, durante il periodo di validità della copertura, per cause direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa liquiderà agli eredi dell'Assicurato il solo ammontare complessivo del capitale assicurato per il "caso morte".

Resta espressamente inteso che le liquidazioni previste nei quattro ultimi paragrafi poc'anzi trascritti avverranno in ossequio alle vigenti disposizioni di legge in merito alla successione legittima o testamentaria.

ART. 16 › CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE- ATTIVITA' DIFFORME DA QUELLA DICHIARATA - ATTIVITÀ NON ASSICURABILE

a) Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza come indicato in Tabella elenco attività professionali (ALLEGATO 2), si applica il disposto degli Artt. 6 e 7 delle Norme comuni a tutte le Sezioni e pertanto l'Assicurato è tenuto a darne comunicazione all'Impresa.

Se il cambiamento implica aggravamento del rischio, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto, salvo diverso accordo per la prosecuzione della copertura assicurativa stessa a condizioni modificate.

Se invece il cambiamento implica la diminuzione del rischio, l'Impresa provvederà a ridurre correlativamente il premio.

In entrambi i casi le nuove condizioni di premio decorreranno dall'annualità successiva alla comunicazione.

b) Se l'infortunio si verifica nel corso di una attività professionale difforme da quella dichiarata in polizza, ovvero nello svolgimento di una diversa attività che presenti comunque obiettivi caratteri di professionalità, l'indennizzo è dovuto:

› in misura integrale se all'attività in questione corrisponde un rischio non maggiore di quello dell'attività professionale indicata in polizza;

› in misura non integrale, ridotto delle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività in questione corrisponde un rischio maggiore.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA					
ATTIVITA' AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO		CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D
	CLASSE A	=	=	=	=
	CLASSE B	30%	=	=	=
	CLASSE C	45%	25%	=	=
	CLASSE D	65%	50%	35%	=

c) agli effetti dell'applicazione di quanto previsto alle lettere a) e b) che precedono, per la valutazione del grado di rischio inerente alle varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione delle attività medesime risultante all'ALLEGATO 2 – Tabella elenco attività professionali. In caso di attività eventualmente non specificate saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad una attività elencata.

d) Se l'infortunio si verifica nel corso di una attività professionale che sia classificata come “non assicurabile” dalla sopracitata Tabella elenco attività professionali, **non è dovuto alcun indennizzo**.

SEZIONE II – DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA

I RISCHI ASSICURATI

ART. 1 › GARANZIA BASE - DIARIA DA RICOVERO

L'Impresa garantisce la corresponsione dell'importo giornaliero indicato sul modulo di polizza in caso di ricovero in istituto di cura sia in Italia che all'estero, reso necessario da:

› malattia o infortunio

› **parto o aborto spontaneo o post-traumatico** sino ad un massimo di 300 giorni complessivamente per uno o più ricoveri dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero, si considerano un solo giorno.

Per il parto senza taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 3 giorni, anche se vi siano state complicanze.

Per il parto con taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

Il Day surgery è equiparato al ricovero purché sia rilasciata la relativa cartella clinica da parte dell'istituto di cura.

Sono indennizzabili, ai sensi della presente garanzia, anche le chemioterapie oncologiche e le radioterapie antitumorali effettuate in regime di day hospital o in regime ambulatoriale.

ART. 2 › GARANZIA FACOLTATIVA - DIARIA DA CONVALESCENZA E GESSATURA

L'Impresa garantisce la corresponsione dell'importo giornaliero indicato sul modulo di polizza:

a) in caso di convalescenza, successiva ad uno o più ricoveri dipendenti dallo stesso infortunio o dalla stessa malattia, indennizzabili secondo le modalità di cui alla precedente garanzia base, per ogni giorno di convalescenza purché prescritta e documentata dal medico curante, con un limite massimo di 20 giorni o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero massimo di giorni complessivamente non superiore a tre volte quelli di ciascun ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano un solo giorno.

Per il parto senza taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 2 giorni, anche se vi siano state complicanze.

Per il parto con taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

In caso di Grande Intervento Chirurgico l'Impresa assicura la corresponsione, per ogni giorno di ricovero, di un importo pari alla somma assicurata.

b) in caso di gessatura conseguente ad infortunio con o senza ricovero che rientri nella fattispecie di cui alla voce “Gessatura” nel contesto delle Definizioni riportate nel Glossario della Nota Informativa, a decorrere:

› in caso di immobilizzazione con gesso o materiali similari, dalle ore 24 del giorno dell'applicazione della gessatura, sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 50 giorni in tutti gli altri casi;
› in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni, fissatori esterni, stecche digitali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni in caso di frattura delle dita e di 50 giorni in tutti gli altri casi;
› in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 50 giorni.
In caso di gessatura conseguente ad infortunio con ricovero l'Assicurato, in alternativa, potrà scegliere la soluzione a) se a lui più favorevole.

ART. 3 › DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto all'Impresa non appena ne abbia la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi ed i motivi del ricovero o della gessatura, nonché l'entità e la sede delle lesioni in caso di infortunio.

L'Assicurato deve sottoporsi a spese dell'Impresa agli accertamenti e controlli medici, disposti dalla stessa, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

ART. 4 › PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione

› per la Diaria da Ricovero, compreso Day Hospital e DaySurgery, di copia conforme della cartella clinica completa, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;

› per la Diaria da Convalescenza dei relativi certificati medici;

› per la Gessatura, certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni, la data di rimozione del gesso, il periodo di effettiva immobilizzazione nei casi diversi dall'applicazione del gesso.

Tutte le lesioni devono essere clinicamente diagnosticate e documentate mediante radiografi a, TAC (tomografia assiale computerizzata), RM (risonanza magnetica) o in ecografia o in artroscopia.

SEZIONE III – GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

I RISCHI ASSICURATI

ART. 1 › COSA SI GARANTISCE

In caso di Grande Intervento Chirurgico – intendendosi per tali quelli elencati nell'Allegato 3 o altri, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili – l'Impresa riconosce sino alla concorrenza del massimale indicato in polizza il rimborso delle seguenti spese sanitarie sostenute dall'Assicurato:

a) nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero per:

› esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il successivo Grande intervento Chirurgico;

b) durante il ricovero, per un massimo di 360 giorni per:

› onorari dell'equipe medica

› diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;

› rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;

› rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore fin non alla concorrenza di Euro 3.800,00.

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero, l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di ricovero pari a Euro 130,00, fin non ad un massimo di 90 giorni.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

In caso di trapianto di organo, sono comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

c) nei 120 giorni successivi al ricovero per:

› ricoveri che non comportino intervento chirurgico;

› esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche;

› medicinali;

› trattamenti fisioterapici e rieducativi anche se effettuati in regime di ricovero, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), sino alla concorrenza di Euro 1.300,00; purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il **Grande Intervento Chirurgico**.

d) Assistenza fornita da personale infermieristico durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato sino alla concorrenza di Euro 3.500,00;

e) trasporto dell'Assicurato per il ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.

Limitatamente ai ricoveri all'estero (esclusi Stato della Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino) la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore.

Il rimborso di tutte le predette spese viene effettuato sino alla concorrenza di Euro 3.000,00.

ART. 2 › DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto all'Impresa non appena ne abbia la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi ed i motivi del ricovero.

L'Assicurato deve sottoporsi a spese dell'Impresa agli accertamenti e controlli medici, disposti dalla stessa, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

ART. 3 › PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dall'Impresa, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

SEZIONE IV – INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

I RISCHI ASSICURATI

ART. 1 › COSA SI GARANTISCE

L'Impresa riconosce all'Assicurato il pagamento di un indennizzo, fino a concorrenza del capitale assicurato, in caso di invalidità permanente conseguente a malattia, a condizione che l'invalidità:

a) abbia un grado pari o superiore al 25% della totale;

b) sia conseguenza di una malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto - fermo quanto disposto dall'art. 3 - Periodi di aspettativa delle Norme Comuni alle Parti II, III e IV, ma non oltre la sua scadenza.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti derivanti dalla stessa malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie e sia anche in caso di loro eventuale remissione.

L'assicurazione vale anche per le conseguenze di malformazioni, difetti fisici e condizioni patologiche preesistenti alla stipulazione del contratto, purché in quel momento non noti al Contraente e/o all'Assicurato.

ART. 2 › CARATTERE PERSONALE DELL'INDENNITÀ

Il presente contratto non prevede il carattere personale dell'indennità.

ART. 3 › INDENNIZZO MASSIMO - CESSAZIONE ANTICIPATA DELL'ASSICURAZIONE

Il capitale indicato sul modulo di polizza per ciascuna persona assicurata rappresenta l'importo massimo che l'Impresa indennizza complessivamente durante l'intera durata del contratto.

Infatti, in caso di più invalidità permanenti indennizzabili che si verifichino nel corso del contratto, conseguenti a malattie diverse - sia contemporanee che successive - la sommatoria dei relativi singoli indennizzi non potrà essere maggiore del capitale assicurato.

Pertanto, contestualmente alla liquidazione di ogni sinistro, il capitale assicurato si riduce automaticamente di un importo pari a quello dell'indennizzo liquidato.

Parimenti, si riduce in proporzione, a partire dall'annualità successiva a quella della liquidazione del sinistro, il premio di polizza. Di conseguenza, resta inteso che l'assicurazione cessa automaticamente nel momento stesso in cui la sommatoria degli indennizzi liquidati risulti pari al capitale assicurato.

L'eventuale incasso di un premio non più dovuto o maggiore di quello dovuto dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga contrattuale, ma impegna l'Impresa a restituire, entro 45 giorni, il corrispettivo importo.

ART. 4 › DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI

L'Assicurato, o chi per esso, deve dare avviso scritto della malattia all'Intermediario al quale è assegnata la polizza, o all'Impresa, entro 30 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.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

La denuncia deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da dettagliata certificazione medica che contenga la diagnosi.

L'Assicurato deve consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

In caso di scadenza del contratto prima che la malattia sia stata denunciata, la relativa denuncia può essere presentata non oltre un anno dalla cessazione del contratto stesso, sempreché la malattia si sia manifestata entro il periodo di validità dell'assicurazione.

ART. 5 › CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non è indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni di menomazioni coesistenti.

Pertanto, qualora la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata indennizzata per una precedente diversa malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità sarà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione normativa.

ART. 6 › MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo non superiore ai 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, secondo i criteri ed i parametri previsti nell'Allegato 4 - PARAMETRI E CRITERI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE.

Nel caso in cui, trascorsi 18 mesi dalla denuncia della malattia, i postumi della stessa non risultino ancora stabilizzati, l'indennizzo sarà liquidato in via definitiva secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nel citato capitolo, la percentuale di invalidità è accertata, in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

L'Impresa liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, secondo lo schema seguente, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25%.

FASCE	GRADO PERCENTUALE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE		PERCENTUALE DI INDENNIZZO DA LIQUIDARE
Fascia I	Inferiore al 25%		0
Fascia II	25% - 34%		15%
Fascia III	35% - 44%		30%
Fascia IV	45% - 54%		45%
Fascia V	55% - 64%		60%
Fascia VI	65% - 74%		70%
Fascia VII	Superiore 74%		100%

NORME COMUNI ALLE SEZIONI II, III E IV

ESCLUSIONI – PERIODI DI ASPETTATIVA

ART. 1 › QUESTIONARIO SANITARIO

Le garanzie Diaria da Infortunio e Malattia, Grande Intervento Chirurgico e Invalidità Permanente da Malattia sono prestate anche in base alle dichiarazioni riportate sull'allegato **N0005** o, qualora richiesto, in base alle dichiarazioni riportate sul questionario di polizza **mod. NB900001**, che formano parte integrante del contratto se richiamati sul modulo di polizza.

La mancata compilazione dei questionari, ove previsti, rende inoperanti le garanzie nei confronti dell'Assicurato che ha ommesso la relativa sottoscrizione.

ART. 2 › ESCLUSIONI

L'assicurazione prestata nella Sezione II Diaria da Infortunio e Malattia, nella Sezione III Grande Intervento Chirurgico e nella Sezione IV Invalidità Permanente da Malattia **non è operante** in caso di infortuni o malattie:

- a) causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - b) causati dall'abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - c) occorsi in conseguenza 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.);
 - d) occorsi in conseguenza di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;
 - e) comportanti ricoveri effettuati successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto durante la validità della garanzia.
- Fanno eccezione i ricoveri iniziati durante il periodo di validità dell'assicurazione e protrattisi successivamente senza soluzione di continuità sino alla data di dimissione, per i quali:
- › relativamente alla Sezione II Diaria da ricovero e convalescenza, verrà corrisposto esclusivamente l'indennizzo giornaliero per tutta la durata del ricovero, con esclusione dell'indennizzo per convalescenza;
 - › relativamente alla Sezione III Grande Intervento Chirurgico, verranno rimborsate esclusivamente le spese sanitarie di cui alla lettera b) dell'Art. 1 Cosa si garantisce.
- L'assicurazione non è inoltre operante in caso di:
- f) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni (intendendosi per tali la formazione anomala di parti anatomiche) obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati prima della stipulazione della polizza;
 - g) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
 - h) malattie mentali e disturbi psichici in genere;
 - i) aborto volontario non terapeutico e sue conseguenze;
 - l) cure dentarie e paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
 - m) sieropositività H.I.V.;
 - n) prestazioni aventi finalità estetiche, salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio;
 - o) prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche che si rendono necessarie sia per la sterilità che per la infertilità maschile e/o femminile compresa la fecondazione assistita, l'impotenza, e la frigidezza.

ART. 3 › PERIODI DI ASPETTATIVA

La garanzia prevista dalla Sezione II Diaria da Infortunio e Malattia, dalla Sezione III Grande Intervento Chirurgico e dalla Sezione IV Invalidità Permanente da Malattia, decorre:

a) per gli infortuni:

› dal momento in cui ha effetto l'assicurazione ai sensi dell'Art. 3 delle Norme comuni a tutte le Sezioni - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

b) per le malattie:

› dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

c) per le invalidità permanenti conseguenti a malattia:

› dal 90° giorno successivo a quello dell'effetto dell'assicurazione;

d) per le conseguenze di malattie, esiti di infortuni preesistenti alla stipulazione della polizza ma non manifestati e non noti in quel momento all'Assicurato e per i quali non sono stati praticati accertamenti o terapie:

› dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

e) per il parto:

› dal 360° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

f) per le complicazioni a seguito di aborto volontario o di aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione:

› dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, stipulata con l'Impresa per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

› dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;

› dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

ART. 4 › DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

4.1 Attività Sportive

L'assicurazione non è operante per le conseguenze di infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport sempreché costituiscano per l'Assicurato attività professionale principale:

› pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
› corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore.

4.2 Servizio Militare

L'assicurazione non vale per le conseguenze di infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale

- fermo il diritto per il Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa - nonché infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni ed interventi militari, fuori dai confini della Repubblica Italiana

- fermo il diritto per il Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione, spetta al Contraente il rimborso della parte di premio, al netto dell'imposta, pagato e non goduto; nel caso di sospensione,

l'Assicurato ha diritto ad ottenere la prosecuzione gratuita dell'assicurazione al termine della sospensione, per un periodo uguale a quello della sospensione stessa.

4.3 Guerra

L'assicurazione non vale per le conseguenze di infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione.

La garanzia è invece operante per le conseguenze di infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezione, invasione, occupazione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità sempreché l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi mentre già si trovava all'estero.

SEZIONE V - ASSISTENZA

LE PRESTAZIONI

DEFINIZIONI SPECIFICHE DI ASSISTENZA

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

Estensione territoriale: Italia, Repubblica di S. Marino e Città del Vaticano

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Struttura Organizzativa: la struttura costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Polizza, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di questa ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni previste in Polizza.

Descrizione delle prestazioni

Art. 1 - ASSISTENZA MEDICA

1.1 – Consulti medici

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

1.2 – Invio medico

La Centrale Operativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico dell'Impresa.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico dell'Impresa. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno ed è valida esclusivamente in Italia.

1.3 – Trasporto in ambulanza

La Centrale Operativa, qualora l'assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza.

Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione è fornita 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia.

1.4 – Consegna farmaci a domicilio

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci.

Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'assicurato e quindi in farmacia.

Resta a carico dell'assicurato il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno.

1.5 – Rete sanitaria

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione dell'assicurato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria relativamente a:

- singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate.

1.6 – Gestione dell'appuntamento

Qualora l'assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'assicurato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

1.7 – Assistenza infermieristica

Qualora a seguito di ricovero per infortunio o malattia, l'assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, la Centrale Operativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di Euro 60,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi.

1.8 - Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a sette giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un totale di 5 accessi (della durata ciascuna di un'ora) per anno, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza. La prestazione viene fornita 24 ore su 24.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

Art. 2 - ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI A TUTTE LE PRESTAZIONI

1. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- f) malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- h) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- i) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

2. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la NOBIS non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

3. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

4. Ogni diritto nei confronti della NOBIS si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.

5. Il diritto alle assistenze fornite dalla NOBIS decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

Art. 3– COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde

800.894149

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039.9890722; comunicando subito le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero di polizza;
- motivo della chiamata;
- numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarVi.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Colleoni –
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

Per eventuali reclami scrivere a

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – Mi - fax 039/6890432 – reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)

In base alle norme generali e quelle che regolano ciascuna prestazione, occorre specificare correttamente il danno subito ed, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, occorre allegare alla denuncia del sinistro la documentazione indicata in ciascuna prestazione assicurativa.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

ART. 1 › PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che l'Impresa non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione qualora al momento della stipulazione del contratto fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, da AIDS o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile e senza obbligo per l'Impresa di corrispondere indennizzo alcuno.

La cessazione dell'assicurazione in corso comporta l'obbligo per l'Impresa - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente la parte di premio pagato e non goduto, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato pagato il premio stesso, al netto dell'imposta.

ART. 2 › DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 3 › PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

Resta in ogni caso fermo il periodo di aspettativa indicato all'Art. 3 - Periodi di aspettativa delle Norme Comuni alle Sezioni II, III e IV. I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure presso la sede dell'Impresa.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze e fermo il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Se il Contraente non paga il premio entro 90 giorni dalla scadenza, i termini di aspettativa riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il premio.

ART. 4 › ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice Civile)

La presente assicurazione è prestata indipendentemente e in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti.

ART. 5 › ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

ART. 6 › AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

ART. 7 › DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio e le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 8 › MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 9 › PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Il tacito rinnovo cessa automaticamente alla prima scadenza successiva al compimento dell'80° anno di età di almeno un Assicurato presente in polizza. Tale limite è ridotto al 65° anno per gli assicurati che hanno sottoscritto la Sezione IV-Invalidità Permanente da Malattia.

Qualora vengano sottoscritte le Sezioni II-Diaria da Infortunio e Malattia e/o III- Grande Intervento Chirurgico e/o IV-Invalidità Permanente da Malattia, in occasione di ogni tacito rinnovo, l'Impresa comunicherà al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza (senza pregiudizio della facoltà di cui al comma precedente) il nuovo premio proposto per il rinnovo delle suddette Sezioni.

Nel caso in cui il Contraente non comunichi, almeno 30 giorni prima della scadenza, di non accettare il premio proposto, il contratto si intenderà rinnovato alle condizioni di premio comunicate dall'Impresa.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto. In caso di durata poliennale il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

ART. 10 › ONERI FISCALI

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

ART. 11 › RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo il Contraente e l'Impresa possono recedere dall'assicurazione.

Il recesso avrà effetto alla scadenza della rata di premio in corso, anche di frazionamento, oppure, se la relativa comunicazione è stata spedita dalle Parti meno di 30 giorni prima, alla scadenza successiva.

Tuttavia, se esercitato dal Contraente può avere effetto a sua richiesta dal giorno stesso della spedizione della raccomandata.

In tal caso l'Impresa rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso.

Le Parti, qualora non abbiano esercitato la facoltà di recesso entro il compimento del secondo anno di assicurazione e sempreché non sia prestata la garanzia di inabilità temporanea nei confronti di qualche Assicurato, si impegnano a mantenere in vigore l'assicurazione sino alla naturale scadenza pattuita, rinunciando a tale facoltà di recesso.

ART. 12 › RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili, ad esclusione delle garanzie "Rimborso spese sanitarie da infortunio" e "Grande intervento chirurgico".

ART. 13 › ADEGUAMENTO AUTOMATICO

Qualora sul modulo di polizza sia indicato l'indice iniziale di adeguamento, le somme assicurate, i limiti di indennizzo non espressi in percentuale od in frazione ed il premio vengono aggiornati in base agli indici dei Prezzi al consumo per Famiglie di Operai o Impiegati (base 1985=100) pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma, in conformità a quanto segue:

a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;

b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento (od al loro equivalente) le somme assicurate, i limiti di indennizzo non espressi in percentuale od in frazione ed il premio, verranno aumentati o ridotti in proporzione;

c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione, dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza in base al nuovo indice di riferimento. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Qualora, in conseguenza della variazione degli indici le somme assicurate, i limiti di indennizzo non espressi in percentuale od in frazione ed il premio venissero a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, sarà in facoltà di ciascuna delle Parti di rinunciare all'ulteriore aggiornamento della polizza, mediante lettera raccomandata spedita all'altra Parte almeno 90 giorni prima della scadenza annuale della polizza stessa.

In tal caso, a decorrere dalla predetta scadenza, la presente clausola cesserà di avere vigore e le somme assicurate i limiti di indennizzo non espressi in percentuale od in frazione ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, l'Impresa proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

Qualora il Contraente non accetti l'adeguamento, il contratto rimarrà in vigore in base all'ultimo adeguamento effettuato.

Qualora sul modulo di polizza non sia indicato l'indice iniziale per l'adeguamento, la presente clausola non sarà operativa.

L'adeguamento automatico non è operante qualora venga attivata la sezione IV – Invalidità Permanente da Malattia.

ART. 14 › CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie:

› **per la Sezione I** Infortuni, sul grado di invalidità permanente, sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità ovvero sulla misura delle indennità per le garanzie diaria da infortunio o da gessatura o dei rimborsi per la garanzia rimborso spese sanitarie da infortunio;

› **per le Sezioni II** (Diaria da ricovero e convalescenza) **e III** (Grande intervento chirurgico), sulla misura dei rimborsi o delle indennità;

› **per la Sezione IV** (Invalidità permanente da malattia), sul grado di invalidità permanente o sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità;

Le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Tale rifiuto deve risultare nel verbale definitivo.

ART. 15 › VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART. 16 › RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Allegato 1

Tabella accertamento grado di Invalidità permanente

	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
› un arto superiore	70%	60%
› una mano o un avambraccio	60%	50%
› un pollice	18%	16%
› un indice	14%	12%
› un medio	8%	6%
› un anulare	8%	6%
› un mignolo	12%	10%
› la falange ungueale del pollice	9%	8%
› una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
› della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
› del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera		
› del polso in estensione rettilinea (con prono supinazione libera) 10% 8%	20%	15%
Paralisi completa:		
› de l'nervo radiale	35%	30%
› del nervo ulnare	20%	17%
Esiti di rottura tendinea completa, indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivato:		
› del capo prossimale o distale del bicipite brachiale	5%	4%
› di un tendine della cuffia dei rotatori	5%	4%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
› al di sopra della metà della coscia		70%
› al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
› al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
› di un piede		40%
› di ambedue i piedi		100%
› di un alluce		5%
› di un altro dito del piede		1%
› della falange ungueale dell'alluce		2,50%
Postumi di lesion meniscali:		
› se complete e disposte in senso trasversale		3%
› in tutti gli altri casi		1%
Postumi di rottura completa di legamento del ginocchio:		
› collaterale interno		12%
› collaterale esterno		8%
› crociato anteriore		6%
› crociato posteriore		6%
Anchilosi:		
› dell'anca in posizione favorevole		35%
› del ginocchio in estensione		25%
› della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astraglica		15%
Allegato 1		
Paralisi complete del nervo:		
› sciaticopopliteo esterno		15%
Esiti di rottura tendine completa indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivato:		
› tendine di Achille		4%
› quadricipite femorale		5%
Esiti di frattura scomposta di una costa		1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
› una vertebra cervicale		12%
› una vertebra dorsale		5%
› 12a dorsale		10%
› una vertebra lombare		10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		
Esiti di frattura del sacro		2%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		3%
Perdita totale anatomica o funzionale di:		
› un occhio		25%
› ambedue gli occhi		100%
Sordità completa di:		
› un orecchio		10%
› ambedue gli orecchi		40%
Stenosinasale assoluta:		
› monolaterale		4%
› bilaterale		10%
Perdita anatomica di:		
› un rene		15%
› della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Allegato 2

Tabella elenco attività professionali

- 001 Abbattitori di piante, boscaioli **D**
- 002 Addetti a centri elaborazione dati **A**
- 003 Addetti agli zoo **C**
- 004 Addetti in imprese di pulizia con uso di impalcature esterne **D**
- 005 Addetti in imprese di pulizia senza uso di impalcature esterne **C**
- 006 Addetti in lavanderia, tintorie e stirerie **C**
- 007 Agenti di cambio o di borsa, agenti immobiliari, promotori finanziari **B**
- 008 Agenti di commercio **C**
- 009 Agenti/ispettori di assicurazione, produttori liberi, impiegati commerciali con mansioni anche all'esterno **B**
- 010 Agenzia di recapito (fattorini) **C**
- 011 Agenzia di recapito (impiegati) **A**
- 012 Agricoltori (proprietari, affittuari, ecc.) che non prendono parte ai lavori manuali **C**
- 013 Agricoltori che lavorano manualmente, braccianti agricoli **D**
- 014 Agronomi **C**
- 015 Albergatori con prestazioni manuali **D**
- 016 Albergatori senza prestazioni manuali **B**
- 017 Allenatori sportivi **C**
- 018 Allevatori di altri animali, pastori **C**
- 019 Allevatori di equini, bovini, suini che non prestano opera manuale **C**
- 020 Allevatori di equini, bovini, suini che prestano opera manuale **D**
- 021 Altri artigiani con uso di macchine **D**
- 022 Altri artigiani senza uso di macchine **B**
- 023 Amministratori di beni propri o altrui **B**
- 024 Analisti chimici **C**
- 025 Antennisti (installatori di antenne radio-TV) **D**
- 026 Antiquari senza restauro **B**
- 027 Architetti che accedono anche ai cantieri **C**
- 028 Architetti occupati prevalentemente all'esterno ma senza accesso ai cantieri **B**
- 029 Architetti occupati prevalentemente in ufficio **A**
- 030 Argentieri/doratori **C**
- 031 Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali, registi, sceneggiatori **B**
- 032 Assistenti sociali **A**
- 033 Attrezzisti, macchinisti (settore spettacoli) **D**
- 034 Autisti di autobus, autocarri, motocarri **D**
- 035 Autisti di autovetture in servizio pubblico o privato, taxi, autoambulanza, autofunebri **C**
- 036 Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio ecc. **D**
- 037 Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente **B**
- 038 Autoriparatore (carrozzeri o meccanici) **D**
- 039 Avvocati e procuratori legali **A**
- 040 Ballerini **C**
- 041 Bambinaie, baby-sitter, collaboratori familiari, badanti **B**
- 042 Bambini (0-13 anni) **B**
- 043 Bar, caffè, bottiglierie, proprietari/ addetti a birrerie, enoteche, paninoteche **B**
- 044 Barbieri, parrucchieri da donna **B**
- 045 Benestanti senza occupazione **B**
- 046 Bidelli, Custodi di musei **C**
- 047 Biologi/addetti a laboratori di analisi mediche **B**
- 048 Callisti, manicure, pedicure, estetisti **C**
- 049 Calzolari **C**
- 050 Camerieri **B**
- 051 Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza, forze armate (solo personale con incarichi amministrativi) **B**
- 052 Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza (personale operativo) **NA**
- 053 Carpentieri in legno o ferro **D**
- 054 Casalinghe **B**
- 055 Casari **C**
- 056 Cave a giorno con o senza uso di mine: proprietari o addetti che non lavorano manualmente **B**

057 Cave a giorno: proprietari o addetti che lavorano manualmente **D**
 058 Certificatori di bilancio e revisori dei conti **B**
 059 Clero (appartenenti al) **B**
 060 Collaudatori di veicoli e natanti a motore **D**
 061 Commercialisti, Consulenti del lavoro **B**
 062 Concessionari auto-motoveicoli **B**
 063 Conciai, pellettieri, pellicciai **C**
 064 Corniciai **C**
 065 Cuochi **C**
 066 Custodi/portieri di stabili, alberghi, musei e simili, uscieri **B**
 067 Demolitori di autoveicoli **D**
 068 Diplomatici, politici, sindacalisti **B**
 069 Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc. **B**
 070 Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accessi a cantieri, ponti, impalcature ecc. **A**
 071 Dirigenti occupati solo in ufficio **A**
 072 Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro **B**
 073 Disegnatori occupati solo in ufficio **A**
 074 Distributori automatici di carburante (gestori di) con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili **D**
 075 Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili **B**
 076 Domestici **C**
 077 Elettrauto **D**
 078 Elettricisti che lavorano anche all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione **D**
 079 Elettricisti che lavorano solo all'interno di edifici ed a contatto con correnti a bassa tensione **C**
 080 Enologi ed enotecnici **C**
 081 Esercito, marina militare ed aviazione (personale con mansioni non amministrative) **NA**
 082 Esercizi commerciali Rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria **B**
 083 Esercizi commerciali Abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti **B**
 084 Esercizi commerciali Articoli ed apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali **B**
 085 Esercizi commerciali diversi da quelli elencati **C**
 086 Esercizi commerciali Articoli in pelle, calzature **B**
 087 Esercizi commerciali Cartolerie, librerie, edicole, profumerie **B**
 088 Esercizi commerciali Casalinghi **B**
 089 Esercizi commerciali Elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli igienico-sanitari: per tutti esclusa installazione esclusa la posa di antenne **B**
 090 Esercizi commerciali Ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli **B**
 091 Esercizi commerciali Frutta e verdura, fiori e piante **B**
 092 Esercizi commerciali Giocattoli, articoli sportivi **B**
 093 Fabbri anche su impalcature e ponti **D**
 094 Fabbri solo a terra **D**
 095 Facchini (portabagagli di piccoli colli) **C**
 096 Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere (portuali, doganali, ecc) **D**
 097 Falegnami **D**
 098 Farmacie, Farmacisti e Erboristerie **B**
 099 Floricoltori **C**
 100 Fonditori **D**
 101 Fotografi anche all'esterno **C**
 102 Fotografi solo in studio **B**
 103 Geologi **C**
 104 Geometri che accedono anche ai cantieri **C**
 105 Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri **B**
 106 Geometri occupati solo in ufficio **A**
 107 Giardinieri - Vivaisti **C**
 108 Giornalisti (cronisti, corrispondenti) **B**
 109 Gommisti/vulcanizzatori **C**
 110 Grafici **B**
 111 Guardiacaccia, guardapesca, guardie campestri, guardie forestali **NA**
 112 Guardie notturne, giurate, guardie armate, portavalori, investigatori privati, guardie del corpo **NA**
 113 Guide turistiche **B**
 114 Idraulici solo all'interno di edifici o a terra **C**
 115 Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso di scale, impalcature e ponti **D**

- 116 Imbianchini solo all'interno di edifici e senza l'uso di lunghe scale, impalcature e ponti **C**
- 117 Impiegati amministrativi in genere **A**
- 118 impiegati in agenzie d'affari, di pubblicità e di viaggi **A**
- 119 Impiegati tecnici (anche Architetti, Ingegneri, Geometri, Farmacisti, Commessi, se dipendenti e occupati solo in ufficio/studio/negozio) **A**
- 120 Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori **C**
- 121 Imprenditori in genere che non lavorano manualmente **B**
- 122 Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori **C**
- 123 Incisori/coniatori **C**
- 124 Indossatori e modelli **A**
- 125 Infermieri diplomati **B**
- 126 Ingegneri che accedono anche ai cantieri **C**
- 127 Ingegneri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri **B**
- 128 Ingegneri occupati solo in ufficio **B**
- 129 Insegnanti di alpinismo, guide alpine **NA**
- 130 Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, ballo, atletica leggera **C**
- 131 Insegnanti di equitazione, insegnanti hockey e rugby **D**
- 132 Insegnanti di judo, karatè, od altri similari, insegnanti di atletica pesante ed arti marziali **D**
- 133 Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale **A**
- 134 Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale **C**
- 135 Insegnanti di nuoto e bagnini **C**
- 136 Istruttori di pratica (guida) di scuola guida **C**
- 137 Istruttori di teoria di scuola guida **A**
- 138 Lattonieri anche su impalcature e ponti, Idraulici anche all'esterno **D**
- 139 Liberi professionisti (non elencati) **C**
- 140 Litografi e tipografi **C**
- 141 Magistrati **A**
- 142 Magliaie **C**
- 143 Marinai - con uso di macchine **D**
- 144 Marinai - senza uso di macchine **D**
- 145 Marmisti (posatori), muratori, piastrellisti, pavimentatori, palchettisti tutti solo a terra **C**
- 146 Marmisti anche su impalcature e ponti **D**
- 147 Massaggiatori, fisioterapisti **B**
- 148 Materassai **C**
- 149 Mediatori di bestiame **C**
- 150 Mediatori in genere (escluso bestiame) **B**
- 151 Medici (per i radiologi sono esclusi gli effetti sia interni che esterni delle emanazioni radioattive), biologi e psicologici **B**
- 152 Mobiliari: fabbricazione mobili in ferro **D**
- 153 Mobiliari: fabbricazione mobili in legno **D**
- 154 Muratori, piastrellisti, pavimentatori, palchettisti anche su impalcature e ponti **D**
- 155 Notai **B**
- 156 Odontotecnici **C**
- 157 Operai (dipendenti) e lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine e accesso ad officine, cantieri ponteggi ed impalcature **D**
- 158 Operai (dipendenti) e lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti, senza uso di macchine e accesso ad officine, cantieri ponteggi ed impalcature **C**
- 159 Oreficerie, orologerie, gioiellerie **B**
- 160 Ortopedici (fabbricanti di apparecchi) **C**
- 161 Ostetriche **B**
- 162 Palombari/sommozzatori **NA**
- 163 Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria **C**
- 164 Pensionati **B**
- 165 Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno **C**
- 166 Personale del circo, giostre e simili **D**
- 167 Personale viaggiante dell'aviazione civile **NA**
- 168 Pescatori (pesca marittima costiera) **D**
- 169 Piazzisti, Rappresentanti, Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce **C**
- 170 Piazzisti, Rappresentanti, Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce **C**
- 171 Restauratori ed antiquari con restauro (esclusi mobili e senza uso di impalcature) **B**
- 172 Restauratori ed antiquari con restauro con uso di impalcature **D**

173 Restauratori ed antiquari con restauro di mobili **C**
174 Riparatori elettrodomestici e computer **B**
175 Ristoranti, trattorie, pizzerie **B**
176 Saldatori **D**
177 Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie **C**
178 Sarti **B**
179 Scrittori **A**
180 Scultori/Intagliatori **C**
181 Speleologi **NA**
182 Studenti (>13 anni) di scuola professionale **B**
183 Studenti (>13 anni) non di scuola professionale **A**
184 Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori **B**
185 Tappezziere **C**
186 Topografi **C**
187 Tornitori **D**
188 Veterinari **C**
189 Vetrai **D**
190 Vetrinisti **B**
191 Vigili del fuoco **NA**
192 Vigili urbani **NA**
Attività sportive professionali non assicurabili
193 Calciatori di altre serie o divisioni **NA**
194 Calciatori di serie A-B-C **NA**
195 Ciclisti: corridori dilettanti **NA**
196 Ciclisti: corridori professionisti **NA**
197 Fantini **NA**
198 Sportivi dilettanti (diversi da calciatori e ciclisti) **NA**
199 Sportivi professionisti (diversi da calciatori e ciclisti) **NA**

Allegato 3

Elenco grandi interventi chirurgici

Cardiochirurgia

- › By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- › By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- › Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- › Cisti del cuore o del pericardio
- › Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- › Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- › Pericardiectomia totale
- › Reintervento con ripristino di C.E.C.
- › Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- › Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- › Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia generale

- › Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- › Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- › Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- › Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- › Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- › Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- › Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- › Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- › Emicolectomia destra con linfadenectomia
- › Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- › Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- › Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- › Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- › Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- › Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- › Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- › Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- › Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
- › Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- › Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- › Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- › Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- › Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- › Resezioni epatiche maggiori
- › Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- › Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- › Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- › Bilobectomie, intervento di
- › Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- › Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- › Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- › Neoplasie maligne della trachea
- › Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- › Pneumonectomia
- › Resezione bronchiale con reimpianto
- › Resezione segmentaria o lobectomia
- › Resezioni segmentarie tipiche
- › Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- › Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- › Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- › By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo – succlavio

- › By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- › By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- › Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- › Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- › Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiartici
- › Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia - Ostetricia

- › Eviscerazione pelvica
- › Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- › Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia
- › Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- › Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- › Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- › Anastomosi vasi intra-extra cranici
- › Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- › Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- › Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, intervento di
- › Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- › Craniotomia per ematoma extradurale
- › Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- › Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- › Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- › Epilessia focale, intervento per
- › Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- › Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- › Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- › Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- › Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- › Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- › Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- › Laminectomia per tumori intramidollari
- › Malformazione aneurismatica (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi)
- › Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- › Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- › Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- › Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- › Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- › Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- › Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- › Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- › Traumi vertebro-midollari via posteriore
- › Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- › Tumori orbitali, intervento per

Ortopedia

- › Artrodesi vertebrale per via anteriore
- › Artrodesi vertebrale per via posteriore
- › Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- › Artroprotesi spalla, totale
- › Artroprotesi: anca totale
- › Artroprotesi: ginocchio
- › Disarticolazione interscapolo toracica
- › Disarticolazioni, grandi
- › Emipelvectomia
- › Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- › Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- › Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- › Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- › Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- › Reimpianti di arto o suo segmento

- › Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- › Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- › Scoliosi, intervento per
- › Spalla, resezioni complete secondo Tickhor-Limberg
- › Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- › Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- › Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- › Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- › Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale
- › Laringofaringectomia totale
- › Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- › Neoplasie parafaringee benigne
- › Nervo vestibolare, sezione del
- › Neurinoma dell'ottavo paio
- › Petrosectomia
- › Stapedectomia
- › Stapedotomia
- › Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- › Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Urologia
- › Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
 - › Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
 - › Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
 - › Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
 - › Eminefrectomia
 - › Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
 - › Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
 - › Neovescica ileale, colica, ileocolica
 - › Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
 - › Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
 - › Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombocavale
 - › Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
 - › Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
 - › Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo Tutti

Allegato 4

Criteri e parametri indicativi per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia

1. SISTEMA NERVOSO CENTRALE

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

Criteri di valutazione

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

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

2. APPARATO CARDIO-VASCOLARE.

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

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di by-pass coronarico;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;

- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia antiipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;
- › soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

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

3. APPARATO RESPIRATORIO.

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

- › Funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC.

Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;

- › concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- › criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

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

- › FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;
- › FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA
- › FVC 1 / FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA; oppure la PaO₂ inferiore all'80% del valore teorico.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

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

- › FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- › FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- › FVC 1 / FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA; oppure la PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico.

4. APPARATO DIGERENTE

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

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

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

COLON, SIGMA E RETTO

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

FEGATO

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

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

COLON, SIGMA E RETTO

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

FEGATO

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

5. APPARATO URINARIO

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

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mm

Hg) senza adeguata terapia

oppure

sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mm Hg) non controllata da adeguata terapia

oppure

sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

6. SISTEMA ENDOCRINO

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

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia

oppure

diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure

la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

7. SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

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

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

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Anemia cronica con valori di emoglobinemica non inferiore a gr. 10/100 ml, non necessita di emotrasfusioni

oppure

sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia

oppure

leucemia linfatica cronica in 1° stadio

oppure

leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale;

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Anemia cronica con valori di emoglobinemica inferiori a gr. 10/100 ml, con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)

oppure

presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa

oppure

leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa

8. MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- › gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- › la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.

A) se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'Invalidità Permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nel presente punto.

B) se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74%, indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

Regole in caso di sinistro

Premessa

Queste e linee guida e suggerimenti sono forniti esclusivamente a titolo informativo e non sostituiscono il testo contrattuale che deve essere letto con estrema cura.

Argomenti:

- › Morte e Invalidità Permanente
- › Inabilità Temporanea
- › Diaria da Ricovero e convalescenza da infortunio e/o malattia - gessatura
- › Rimborso spese sanitarie da infortunio e Grande Intervento Chirurgico

Potrete così, in caso di necessità, consultando i vari paragrafi, dar corso alla denuncia di sinistro nel modo più corretto e idoneo al vostro caso.

› **Morte**

Gli Eredi o i Beneficiari devono denunciare immediatamente all'Impresa l'avvenuto decesso dell'Assicurato indicando:

- › la data, l'ora ed il luogo in cui si è verificato l'infortunio nonché modalità del fatto;
- › se vi è stato intervento dell'Autorità;

Successivamente devono far pervenire:

- › il certificato di morte;
- › il certificato di stato di famiglia;
- › certificazione medica da cui risultino le cause del decesso;
- › il verbale dell'Autorità intervenuta e copia di eventuali atti penali;
- › certificato autoptico, quando disponibile;
- › atto notorio comprovante gli aventi diritto (eredi legittimi o testamentari);
- › in presenza di risarcimenti spettanti a fi gli minori, decreto del giudice tutelare che autorizza la riscossione della quota di indennizzo a loro spettante, con espresso esonero da ogni responsabilità dell'Impresa relativamente al reimpiego della somma;
- › certificato di non gravidanza della madre e/o della vedova dell'Assicurato.

› **Invalidità Permanente**

L'Assicurato o chi per esso deve denunciare appena possibile il sinistro al proprio Intermediario indicando:

- › la data, l'ora ed il luogo in cui si è verificato l'infortunio nonché le modalità del fatto;
- › se vi è stato intervento dell'Autorità;

Successivamente deve far pervenire

- › certificato medico attestante le lesioni subite, la regione anatomica colpita, la prognosi;
- › eventuali certificati medici di proroga della guarigione;
- › in caso di ricovero, copia della cartella clinica;
- › certificato medico definitivo che attesti i postumi di Invalidità Permanente residui.

› **Inabilità Temporanea**

L'Assicurato o chi per esso deve denunciare appena possibile il sinistro al proprio Intermediario indicando:

- › la data, l'ora ed il luogo in cui si è verificato l'infortunio nonché le modalità del fatto;
- › se vi è stato intervento dell'Autorità;

Successivamente deve far pervenire:

- › certificato medico attestante le lesioni subite, la regione anatomica colpita, la prognosi e la durata della totale o parziale incapacità fisica ad esercitare la propria attività;
- › rinnovo dei certificati medici alle rispettive scadenze fino ad avvenuta guarigione.

› **Diaria da Ricovero e da convalescenza da infortunio e/o malattia - gessatura**

Qualora l'infortunio abbia comportato ricovero o gessatura anche senza ricovero, l'Assicurato o chi per esso, deve denunciare il sinistro al proprio Intermediario appena possibile.

Successivamente deve far pervenire:

- › copia conforme della cartella clinica integrale, attestante il ricovero ed ogni altra documentazione sanitaria;
- › certificazione medica da cui risultino i giorni di convalescenza assegnati;
- › in caso di gessatura, certificato medico attestante:
- › entità e sede delle lesioni;
- › data di rimozione del gesso;
- › nei casi in cui non venga applicato il gesso, il periodo di effettiva immobilizzazione.

A tale certificazione deve sempre essere allegata relativa documentazione radiografica, comprovante la lesione (RX, TAC, RM, esito dell'ecografia o dell'artroscopia).

› **Rimborso Spese Sanitarie - Grande Intervento Chirurgico**

Qualora a seguito di ricovero conseguente ad infortunio, o a grande intervento chirurgico da infortunio o malattia, siano state sostenute spese, l'Assicurato o chi per esso deve denunciare al proprio Intermediario il sinistro appena possibile e far pervenire la documentazione completa delle spese sostenute, in originale, opportunamente dettagliate (regolari notule, parcelle, distinte delle spese debitamente quietanzate), nonché copia della cartella clinica completa ed ogni altra documentazione sanitaria.

In caso di intervento di enti terzi pagatori, potrà essere presentata la copia delle fatture delle spese sostenute accompagnata dal documento in originale comprovante il rimborso dei suddetti enti.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELLA SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione di dati personali, La informiamo che Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia") intende trattare dati personali che La riguardano, nell'ambito delle attività a Lei prestata dalla Compagnia.

1. Titolarità e contatti

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO). E' possibile contattare i responsabili dei trattamenti e il responsabile della protezione dati (DPO) presso la Direzione Risorse Umane, viale Gian Bartolomeo Colleoni 21, 20864 Agrate Brianza (MB).

2. Trattamenti e finalità

I dati personali, con riferimento anche a dati di natura particolare (c.d. sensibili) definiti tali ai sensi della normativa vigente, forniti o acquisiti, saranno utilizzati per:

- a) finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati personali è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta;
- b) finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati personali necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce;
- c) finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso;
- d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass 35/2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso.

3. Profilazione

Le attività di profilazione, definite tali ai sensi dell'art.4 del reg. UE 2017/679 svolte sono unicamente asservite alla esecuzione dei trattamenti attinenti le pratiche assicurative di cui al punto (a) del paragrafo 2 nonché rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti di cui al punto (c) e all'esecuzione di attività di contatto per promuovere offerte di prodotti della Compagnia di cui al punto (d) del paragrafo 2.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti. I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e aut carrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consortili proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.

- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

5. Tipologia dei dati trattati, localizzazione dei dati e dei trattamenti, periodo di conservazione dei dati

In relazione alle finalità descritte, l'utilizzo dei dati personali è limitato ai soli dati necessari alla conclusione e gestione dei trattamenti previsti con la presente informativa.

I trattamenti avvengono mediante elaborazioni manuali e strumenti elettronici o comunque automatizzati, secondo logiche di elaborazione e conservazione strettamente correlate alle finalità stesse o dettate da leggi e disposizioni delle Autorità e, comunque, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali contro i rischi di accesso e divulgazione impropri nonché la loro distruzione al cessare della finalità, fatti salvi eventuali obblighi di conservazione derivanti da indicazioni normative o delle Autorità.

I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione tramessa, indicazioni delle Autorità.

6. Diritti dell'interessato

L'interessato, in relazione ai predetti trattamenti, può esercitare i diritti di accesso, revoca, rettifica, cancellazione (oblio), limitazione, portabilità, opposizione con riferimento alla vigente normativa in materia di privacy. Per l'esercizio dei diritti sopracitati l'interessato potrà rivolgersi, mediante raccomandata AR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente.

Set Informativo Nobis Salus Mod.FINS.001.12.2018 – Ultimo aggiornamento 01/12/2018