

Aprile
2022



[Circolazione Sicura]

Contratto di Assicurazione per Infortuni da Circolazione

Tale prodotto è stato redatto secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA-Associazioni Consumatori-Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

HDI ASSICURAZIONI S.P.A. è parte del Gruppo Talanx

talánx.

CIRCOLAZIONE SICURA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

1. DEFINIZIONI.....	2
2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio.....	4
2.2 – Durata e proroga dell'Assicurazione.....	4
2.3 – Recesso in caso di Sinistro.....	4
2.4 – Modifiche dell'Assicurazione.....	4
2.5 – Altre Assicurazioni.....	4
2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati.....	4
2.7 – Aggravamento del Rischio.....	4
2.8 – Diminuzione del Rischio.....	4
2.9 – Oneri fiscali.....	4
2.10 – Rinvio alle norme di legge	4
2.11 – Foro competente.....	4
2.12 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione.....	4
2.13 – Assicurazione per conto altrui.....	5
2.14 – Recesso da contratti conclusi a distanza.....	5
2.15 - Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause).....	5
3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	6
3.1 – Estensione territoriale.....	6
4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE AIRBAG.....	7
4.1 – Oggetto dell'Assicurazione.....	7
4.2 – Estensioni di garanzia sempre operanti.....	9
4.3 – Esclusioni.....	9
4.4 – Garanzie facoltative	9
4.5 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie.....	10
5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA AIRBAG	11
5.1 – Servizio Assistenza Airbag.....	11
5.2 – Estensione territoriale.....	12
5.3 – Segreto professionale.....	12
5.4 – Esclusioni.....	13
6. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE PROTEZIONE CIRCOLARE.....	14
6.1 – Condizioni di operatività: ripartizione delle Somme Assicurate.....	14
6.2 – Oggetto dell'Assicurazione.....	14
6.3 – Estensioni di garanzia sempre operanti.....	16
6.4 – Esclusioni.....	17
6.5 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie.....	17
7. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA PROTEZIONE CIRCOLARE	19
7.1 – Servizio Assistenza Protezione Circolare.....	19
7.3 – Estensione territoriale.....	21
7.4 – Segreto professionale.....	21
7.5 – Esclusioni.....	21
8. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	23
8.1 – Norme valide per le Sezioni Airbag e Protezione Circolare.....	23
8.2 – Norme valide per le Sezioni Assistenza Airbag e Assistenza Protezione Circolare	24
ALLEGATI.....	25
ALLEGATO 1 – Tabella INAIL.....	25

1. DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato, valido ai fini dell'interpretazione del contratto ed agli effetti delle garanzie prestate:

Area Europea: gli Stati europei più gli Stati africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

Assicurato: la persona fisica nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione, così come definito dall'art. 1882 del Codice Civile.

Attività Professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Beneficiario: il soggetto designato dal Contraente che ha diritto alla prestazione assicurativa per il caso di morte dell'Assicurato. In caso di mancata designazione da parte del Contraente, si considerano Beneficiari in parti uguali gli eredi legittimi dell'Assicurato o, se esistenti, gli eredi testamentari.

Cartella Clinica: il documento ufficiale, avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi Chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Coniugi: moglie e marito o, comunque, due persone in convivenza more uxorio ex legge n. 76/2016.

Consumatore: la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'Assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Convalescenza: il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un Infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di Polizza.

Day Hospital / Day Surgery: la degenza diurna, anche non continuativa e con assegnazione di posto letto senza pernottamento, in Istituto di Cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, documentata da Cartella Clinica da cui risultino i giorni di effettiva degenza e finalizzata all'erogazione di cure mediche e di trattamenti terapeutici o riabilitativi (Day Hospital) o all'erogazione di trattamenti chirurgici (Day Surgery) che per la loro natura e complessità necessitano di continua assistenza medica od infermieristica.

Familiari: i componenti il nucleo familiare risultanti dallo "stato di famiglia" del Contraente al momento del Sinistro. Per familiare s'intende anche la persona convivente more uxorio.

Franchigia / Scoperto: clausole contrattuali che limitano, sul piano quantitativo, la garanzia facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato. Possono essere espresse in cifra, in giorni od in percentuale a seconda della garanzia a cui sono applicate.

Frattura: lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti (comprovata da referto radiologico).

Indennizzo, Indennità o Rimborso: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, od alle altre cause espressamente previste agli artt. "4.1– Oggetto dell'Assicurazione" e "6.2– Oggetto dell'Assicurazione", che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Ingressatura: applicazione di gesso o bende gessate od immobilizzazione con tutori rigidi applicati e rimossi solo da parte di personale medico o paramedico specializzato, effettuata in Istituto di Cura od ambulatorio ed applicata a seguito di lesione accertata strumentalmente.

Intermediario: persona fisica o società, iscritta nel registro unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa o riassicurativa.

Intervento Chirurgico: atto medico, praticato in Istituto di Cura od in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un Intervento Chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di Fratture e lussazioni.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Istituti Di Cura: le strutture sanitarie pubbliche o le case di cura private regolarmente autorizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie e al Ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui hanno sede le strutture stesse.

Non si considerano "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lesione Muscolare: interruzione parziale o totale delle fibre muscolari comprovata da referto radiologico.

Lesione Capsulo-Legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni, comprovata da referto radiologico.

Malformazione – Difetto Fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della Polizza possa essere diagnosticata clinicamente, mediante visita medica o mediante accertamenti diagnostici di tipo strumentale.

Massimale: la somma per persona fino al cui limite la Società risponde in base all'Assicurazione per uno o più Sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo.

Parti: il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

Polizza: insieme dei documenti che comprovano il contratto di Assicurazione e riportano i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, il Premio, le dichiarazioni del Contraente, i dati identificativi del Rischio Assicurato, la sottoscrizione delle Parti nonché le presenti condizioni di Assicurazione.

Post-Ricovero: il periodo di convalescenza successivo al Ricovero.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo della prestazione assicurativa.

Ricovero: la degenza in Istituto di Cura anche in regime di Day Hospital

Rischio: la possibilità che si verifichi il Sinistro per il quale è prestata la garanzia.

Rottura Sottocutanea: la rottura dei tendini, comprovata da referto radiologico, senza alcuna lesione dei tessuti sovrastanti.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società: l'impresa assicuratrice, ossia HDI Assicurazioni S.p.A.

Società organizzatrice ed erogatrice delle Prestazioni di Assistenza: Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI).

Somma Assicurata: somma indicata nella Scheda di Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo in caso di Sinistro.

Veicolo: le autovetture ad uso privato, gli autocarri e i motocarri (esclusi i veicoli dati a noleggio o locazione o muniti di targa prova).

Definizioni specifiche per la Sezione Assistenza

Evento: l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più Sinistri.

Prestazione: l'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiutorientante nella garanzia assistenza che deve essere fornito all'Assicurato nell'accadimento di un Sinistro ovvero nel momento del bisogno da parte di Europ Assistance, tramite la propria Struttura Organizzativa. Sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Struttura Organizzativa: la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A., costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, in virtù di specifica convenzione, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza previste in Polizza, con costi a carico della medesima Società.

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza *se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.*

I Premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, autorizzato a rilasciare quietanza di pagamento, oppure alla Società.

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo al giorno di scadenza della rata di Premio.

Le coperture assicurative riprendono vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento della rata di Premio e fino alle successive scadenze.

L'eventuale frazionamento del Premio non esonera il Contraente dal pagamento dell'intero Premio annuo da considerarsi a tutti gli effetti unico ed indivisibile.

2.2 – Durata e proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza.

Salvo che non sia diversamente indicato nella Scheda di Polizza, il contratto è stipulato con tacito rinnovo. In questo caso (tacito rinnovo), in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Se il contratto è stipulato senza tacito rinnovo, la Polizza cessa alla scadenza contrattuale senza necessità di disdetta.

2.3 – Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza, e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo:

- nel caso in cui il Contraente/Assicurato "è un Consumatore": *le Parti hanno diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni;*
- nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un Consumatore": *la Società può recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni; tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.*

In caso di recesso per Sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di Premio al netto delle imposte relative al periodo di Rischio non corso.

L'eventuale pagamento o la riscossione dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualunque atto della Società, non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti ad avvalersi della facoltà di Recesso di cui al presente articolo.

2.4 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dalla Società e dal Contraente.

2.5 – Altre Assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per gli stessi Rischi.

2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati

Il Contraente deve dare alla Società tutte le informazioni che questa richiede per valutare il Rischio. La Società presta l'Assicurazione nei modi e nei termini descritti nella presente Polizza sulla base delle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano 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.

2.7 – Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

2.8 – Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

2.9 – Oneri fiscali

Sono sempre a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri derivanti per legge dalla stipulazione del contratto.

2.10 – Rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana che disciplina tutto quanto qui non espressamente previsto.

2.11 – Foro competente

Per le controversie relative all'interpretazione ed applicazione del presente contratto è competente il foro di residenza o domicilio elettivo del Contraente, Assicurato o avente diritto.

2.12 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione

Salvo che non sia diversamente indicato nella Scheda di Polizza, il contratto è soggetto ad adeguamento automatico per indicizzazione secondo le regole seguenti.

Le Somme Assicurate, i Massimali ed i Premi sono collegati all'"Indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati (FOI)" pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), come segue:

- L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.
- Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.
- Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di Massimali e di Premio.
- Qualora la variazione sia inferiore al 2%, la variazione stessa viene arrotondata al 2%.
- Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le Somme Assicurate, i Massimali ed i Premi vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, ciascuna delle Parti avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le Somme Assicurate, i Massimali ed i Premi rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con Rimborso del rateo di Premio pagato e non goduto.

Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in Polizza espressi in moneta, esclusi Scoperti e Franchigie e relativi minimi.

Non sono soggetti ad adeguamento i Limiti di Indennizzo, le Franchigie, i minimi e massimi di Scoperto ed i Valori espressi in percentuale, nonché tutte le Prestazioni delle Sezioni "5. Norme che regolano la Sezione Assistenza Airbag" e "7. Norme che regolano la Sezione Assistenza Protezione Circolare".

2.13 – Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile "Assicurazioni per conto altrui o per conto di chi spetta".

2.14 – Recesso da contratti conclusi a distanza

In caso di vendita a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di Recesso nei 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto ovvero, se successiva, dalla data di ricevimento della documentazione contrattuale. In tal caso, la Società rimborsa la quota di Premio – al netto dell'imposta – per il Periodo di Assicurazione non goduto.

In conformità all'art. 67 duodecies par. 5, lettera c) del Codice del Consumo, il diritto di Recesso non potrà essere esercitato laddove sia stato denunciato un Sinistro oggetto di copertura.

Il Contraente, per esercitare il diritto, deve inviare alla Società, entro il termine previsto, la comunicazione di ripensamento a mezzo raccomandata A/R indirizzata a HDI Assicurazioni S.p.A., piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma, oppure tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo a hdi.assicurazioni@pec.hdi.it.

Il Contraente dovrà inoltre restituire alla Società copia dei documenti assicurativi, fatto salvo il diritto della Società di richiedere la documentazione in originale per particolari esigenze istruttorie.

2.15 - Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

La presente Assicurazione non sarà operante e l'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun risarcimento, Indennizzo od a riconoscere alcun beneficio o servizio previsto nella presente Polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale risarcimento, Indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio o servizio esponga l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da:

- a) risoluzioni delle Nazioni Unite;
- b) provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, del Regno Unito o degli U.S.A.;
- c) qualsiasi altra norma o provvedimento nazionale o internazionale in materia di embargo internazionale e sanzioni economiche e commerciali.

3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

3.1 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per Sinistri verificatisi nel mondo intero, fatta eccezione per quanto di seguito specificato:

Relativamente alla Sezione Airbag:

- la garanzia "Rischio di guerra all'estero" NON opera per gli Infortuni avvenuti nel territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Relativamente alla Sezione Protezione Circolare:

- la garanzia "Rischio di guerra all'estero" NON opera per gli Infortuni avvenuti nel territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Relativamente alle Sezioni: Assistenza Airbag e Assistenza Protezione Circolare, valgono le disposizioni previste all'interno dei rispettivi articoli.

4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE AIRBAG

(la Sezione Airbag è operante solo se richiamata nella Scheda di Polizza)

4.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che il legittimo conducente e/o i trasportati possano subire a bordo dei Veicoli identificati nel frontespizio di Polizza. Per il conducente, sono compresi anche gli Infortuni subiti durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del Veicolo in caso di incidente stradale o guasto meccanico verificatosi durante il viaggio.

La garanzia comprende gli Infortuni che gli Assicurati subiscano mentre salgono a bordo del Veicolo o ne discendono.

L'Assicurazione vale anche per:

- le lesioni riportate in conseguenza dell'inspirazione di gas o vapori;
- l'annegamento a seguito di incidente occorso con il Veicolo;
- gli Infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche, nonché quelli dovuti all'azione del fulmine;
- gli Infortuni derivanti dalla caduta di rocce, pietre alberi e simili, nonché da valanghe.

L'Assicurazione è valida in quanto:

- il trasporto venga effettuato in conformità alle norme di circolazione vigenti;
- il trasporto avvenga utilizzando autovetture ad uso privato, autocarri e motocarri (esclusi i veicoli dati a noleggio o locazione o muniti di targa prova);
- il Veicolo sia guidato da persona munita della regolare patente di guida, degli altri requisiti prescritti dalla legge;
- il Veicolo sia coperto dall'Assicurazione di responsabilità civile prevista dalla legge.

4.1.1. Morte

(valida ed operante se richiamata nella Scheda di Polizza)

Se l'Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione ha come conseguenza la morte e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio stesso, la Società corrisponde la Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza ai Beneficiari.

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponde agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello Assicurato per il caso di Morte, ove questo sia superiore. In caso contrario, la Società non chiederà il Rimborso.

4.1.2. Invalidità Permanente

(valida ed operante se richiamata nella Scheda di Polizza)

L'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente è dovuto se l'Invalidità Permanente si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – **entro due anni dal giorno dell'Infortunio.**

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente avviene secondo l'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità", in base ai valori percentuali previsti dalla Tabella INAIL (vedi allegato 1 in calce), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della presente Polizza.

La Società corrisponde l'Indennizzo sulla Somma Assicurata per Invalidità Permanente, in base alla tabella, di cui viene riportato un estratto all'art. "4.1.2.2. Franchigia assoluta per il caso di Invalidità Permanente con supervalutazione dell'Invalidità Permanente pari o superiore al 66%".

4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità

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

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

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.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti 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%.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra, si intendono applicate all'arto superiore Sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

I postumi di Invalidità Permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data della denuncia.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella INAIL di cui sopra, l'Indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione delle persone assicurate.

4.1.2.2. Franchigia assoluta per il caso di Invalidità Permanente con supervalutazione dell'Invalidità Permanente pari o superiore al 66%

Non si farà luogo ad Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Qualora lo stesso Sinistro determini una Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 66% della totale, l'Indennizzo corrisponde al 100% della Somma Assicurata.

Pertanto l'Indennizzo verrà calcolato come indicato nella seguente tabella:

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare
1	0
2	0
3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	10
14	11
15	12
16	13
17	14
18	15
19	16
20	17
21	18
22	19
23	20
24	21
25	22
26	23
27	24
28	25
29	26
30	27
31	28
32	29
33	30
34	31
35	32
36	33
37	34
38	35
39	36
40	37
41	38
42	39
43	40
44	41
45	42
46	43
47	44
48	45
49	46
50	47
51	48
52	49
53	50
54	51
55	52
56	53
57	54
58	55
59	56
60	57

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare
61	58
62	59
63	60
64	61
65	62
dal 66	100

4.2 – Estensioni di garanzia sempre operanti

4.2.1. Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile, si considerano in garanzia gli Infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva. Sono considerati in garanzia anche gli Infortuni derivanti da atti di temerarietà, se compiuti per dovere di solidarietà o per legittima difesa.

4.2.2. Rischio guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli Infortuni derivanti da stato guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

4.2.3. Spese di rimpatrio

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

4.3 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni:

- avvenuti quando il Veicolo sia in circolazione all'insaputa del proprietario, o contro la sua volontà;
- avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza, abbia abusato di psicofarmaci o usato stupefacenti o allucinogeni;
- subiti in conseguenza della partecipazione a corse o gare e relative prove di allenamento, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'Automobile Club Italiano;
- sofferti dall'Assicurato in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad azioni temerarie;
- derivanti da guerra (salvo quanto previsto dall'art. "4.2.2. Rischio guerra all'estero"), insurrezione, movimento tellurico, eruzione vulcanica ed inondazione;
- che siano conseguenza diretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;

nonché

- le ernie da qualunque causa determinate
- le lesioni muscolari determinate da sforzi in genere
- le lesioni sottocutanee dei tendini.

L'Assicurazione non è altresì operante nei confronti di coloro che, nell'espletamento della propria Attività Professionale, abbiano in consegna o conducano il Veicolo a scopo di riparazione, controllo o collaudo.

Sono inoltre escluse le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da Infortunio.

Non sono equiparati ad Infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiano come conseguenza, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

4.4 – Garanzie facoltative

(valide e operanti solo se richiamate nella Scheda di Polizza)

4.4.1. Indennità da Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione e **con il massimo di 365 giorni per ogni singolo caso di Ricovero e per anno assicurativo**, la Società corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di Cura.

L'Assicurazione vale anche in caso di:

- Ricovero dell'Assicurato per trapianto di organi a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

L'Indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

4.4.2. Rimborso spese mediche

La Società, in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della Somma Assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- b) diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- c) terapie fisiche, fisioterapiche, rieducative e medicinali; le spese relative al presente punto c) vengono indennizzate **entro il limite del 30% della Somma Assicurata**;
- d) rette di degenza in Istituto di Cura a seguito di Ricovero prescritto dal medico curante;
- e) trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di Cura con autoambulanza.

Restano escluse le spese relative all'acquisto di apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati nell'intervento.

La richiesta di Rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per quanto sopra indicato, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine delle cure mediche.

L'Indennizzo verrà corrisposto previa **detrazione di uno Scoperto del 10% con un minimo di Euro 100,00**; laddove venga accertato un grado di Invalidità Permanente **superiore al 15%** l'Indennizzo verrà corrisposto senza applicazione dello Scoperto.

4.5 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie

Si riepilogano a seguire i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti operanti per la Sezione Airbag

Qualora al momento del Sinistro, il numero delle persone a bordo del Veicolo garantito sia superiore a quello dei posti previsti dal libretto di circolazione, oppure fissato da leggi e regolamenti, i capitali individualmente assicurati verranno ridotti in proporzione al rapporto fra il numero indicato nell'anzidetto documento e quello delle persone effettivamente occupanti il Veicolo.

Garanzie base

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Morte	<i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i>	===
Invalidità Permanente	<i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Franchigia assoluta del 3% • Supervalutazione (100% della Somma Assicurata) dell'Invalidità Permanente pari o superiore al 66%

Garanzie opzionali

Garanzia	Limiti di Indennizzo	Franchigia/Scoperto
Indennità da Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i> • <i>Massimo di 365 giorni per singolo Ricovero e per anno assicurativo</i> • <i>50% della somma giornaliera assicurata in caso di:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ricovero per trapianto di organi</i> - <i>"Day Hospital" (non inferiore a 5 giorni consecutivi, festività escluse)</i> 	===
Rimborso spese mediche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i> • <i>30% della Somma Assicurata per le spese sostenute per terapie fisiche, fisioterapiche, rieducative e medicinali</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Scoperto del 10% con un minimo di Euro 100,00 per Invalidità Permanente pari o inferiore al 15%</i> • <i>Nessuno Scoperto per Invalidità Permanente superiore al 15%</i>

Estensioni di garanzia sempre operanti

Estensione di garanzia	Limiti di Indennizzo	Franchigia/Scoperto
Spese di rimpatrio	<i>Fino a Euro 1.100,00</i>	<i>5% Invalidità Permanente</i>

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA AIRBAG

(la Sezione di Assistenza Airbag è operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

Premessa

Le Prestazioni di Assistenza, elencate agli artt. "5.1 – Servizio Assistenza Airbag", che Europ Assistance si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa, con le modalità indicate all'art. "8.2.1. Obblighi specifici" della Sezione "8. Norme che regolano i Sinistri", sono fornite fino a 3 volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della Polizza. Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza.

Prestazioni

Si precisa che i consulti, considerate le modalità di Prestazione del servizio non valgono quale diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

5.1 – Servizio Assistenza Airbag

1) Guardia medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio dovuto ad incidente stradale, la Guardia Medica della Struttura Organizzativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Struttura Organizzativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Struttura Organizzativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite la Guardia Medica di Struttura Organizzativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. La consulenza è gratuita e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) Invio di un'ambulanza a domicilio

Quando, a seguito di Infortunio dovuto ad incidente stradale, l'Assicurato necessita di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviare un'autoambulanza al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico i relativi costi, *sino ad una percorrenza massima di 100 chilometri a/r. Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.*

3) Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio dovuto ad incidente stradale avvenuto in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 4 giorni, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica a/r) o ferroviario (1a classe a/r), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Struttura Organizzativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Struttura Organizzativa. *A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.*

Nel caso in cui il Ricovero sia per un periodo superiore a 7 giorni, la Struttura Organizzativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino al limite massimo di Euro 500,00 per Evento.

4) Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio dovuto ad incidente stradale dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dalla Guardia Medica di Struttura Organizzativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Guardia Medica di Struttura Organizzativa in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica;
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella;
- ambulanza;
- treno (se necessario in vagone letto);
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

5) Trasferimento/ rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio dovuto ad incidente stradale verificatosi in viaggio, la Struttura Organizzativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (includere le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. *Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Struttura Organizzativa vi provvede a proprie spese.*

6) Prestazioni per temporary inability care

Le seguenti garanzie operano in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio a seguito di incidente stradale, presso un pronto soccorso, Day Hospital od ospedale, qualora l'Assicurato riceva una prognosi di inabilità temporanea superiore a 7 giorni.

La Struttura Organizzativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto **per un periodo massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.**

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle Prestazioni previste avverrà, a giudizio della Guardia Medica della Struttura Organizzativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, **le Prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte della Guardia Medica di Struttura Organizzativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di inabilità temporanea dell'Assicurato.**

Le Prestazioni riferite alla stessa patologia o Evento non potranno essere richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i Massimali delle Prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

6.1) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica di Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La Prestazione è totalmente a carico della Struttura Organizzativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare l'Assicurato delle relative spese **sino a un massimo di Euro 350,00 per Evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

6.2) Invio di un infermiere a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.** Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

6.3) Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Struttura Organizzativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.

6.4) Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. **Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi delle Prestazioni.**

6.5) Consegna a medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre **restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.**

6.6) Ascolto e supporto psicologico

La Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Struttura Organizzativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.**

6.7) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

6.8) Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita di un aiuto domestico, la Struttura Organizzativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby-sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

6.9) Ricovero auto

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al Ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del Veicolo.**

5.2 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di S. Marino e degli Stati dell'Unione Europea, nonché per il territorio della Croazia, della Serbia, dell'Islanda, del Liechtenstein, della Norvegia, del Principato di Monaco, della Svizzera e di Andorra; vale altresì per il territorio degli altri Stati le cui sigle internazionali indicate sul certificato internazionale di Assicurazione (Carta Verde) non siano barrate.

L'Assicurazione è operante secondo le condizioni ed entro i limiti delle singole legislazioni nazionali concernenti l'Assicurazione

La Prestazione "6.2- Invio di un'ambulanza a domicilio", opera unicamente nei seguenti territori: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

5.3 – Segreto professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti di Europ Assistance i medici eventualmente investiti dall'esame del Sinistro che lo hanno visitato prima o anche dopo il Sinistro stesso.

5.4 – Esclusioni

Sono esclusi ogni Indennizzo, Prestazione conseguenza e/o Evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- b) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- c) terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- d) dolo dell'Assicurato;
- e) abuso di alcolici e psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- f) fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato;
- h) gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- i) patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- j) suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- k) le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- l) le Prestazioni in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza e nei casi in cui le autorità locali impongano un divieto o rendano impossibile l'intervento di assistenza.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

Tutte le Prestazioni sono fornite in Italia, per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

Ogni Prestazione viene fornita fino a tre volte per ciascun tipo, entro il periodo di durata annuale della garanzia, salvo diversa indicazione all'interno della singola Prestazione.

6. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE PROTEZIONE CIRCOLARE

(la Sezione di Protezione Circolare è operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

6.1 – Condizioni di operatività: ripartizione delle Somme Assicurate

Le Somme Assicurate relative alle garanzie Morte e Invalidità Permanente sono ripartite sulla base di quanto dichiarato sul frontespizio di Polizza, con una delle seguenti modalità:

- 50% al Contraente e 50% agli altri Familiari in parti uguali;
- in parti uguali.

Qualora dallo stato di famiglia risultasse un unico componente, identificabile nella persona del Contraente, la Somma Assicurata sarà interamente prevista per lo stesso, senza applicazione dei criteri di cui sopra.

La Somma Assicurata relativa alla garanzia Indennità da Ricovero e Indennità per Ingessatura è relativa a ciascuna persona facente parte del nucleo familiare Assicurato.

6.2 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che il Contraente e/o i suoi Familiari possano subire:

- a) durante la guida di velocipedi, ciclomotori, motocicli, autovetture ad uso privato, camper, natanti a motore adibiti alla navigazione da diporto; la garanzia vale anche mentre il guidatore attende – in caso di fermata del mezzo – alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- b) durante l'uso, come passeggeri, di qualsiasi normale mezzo di locomozione e di trasporto sia pubblico che privato, fatta eccezione per i mezzi subacquei ed aerei salvo, per questi ultimi, quanto previsto dall'art. "6.3.4. Rischio volo";
- c) nella qualità di pedoni in conseguenza di investimento da parte di veicoli in genere.

L'Assicurazione si intende inoltre estesa agli Infortuni subiti dal Contraente e/o dai suoi Familiari mentre salgono o scendono dai mezzi di cui alle lettere a) e b).

L'Assicurazione relativa alla guida di mezzi di locomozione di cui alla lettera a) è valida in quanto il Contraente e/o i suoi Familiari siano abilitati e la circolazione avvenga a norma delle disposizioni di Legge.

L'Assicurazione vale anche per:

- gli Infortuni sofferti in conseguenza di malore od in stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcoolico o di psicofarmaci oppure da uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli Infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli Infortuni conseguenti ad atti compiuti dal Contraente e/o dai suoi Familiari per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le lesioni riportate in conseguenza dell'inspirazione di gas o vapori;
- l'annegamento a seguito di incidente occorso con il mezzo di locomozione;
- gli Infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche, nonché quelli dovuti all'azione del fulmine;
- gli Infortuni derivanti dalla caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché da valanghe;
- le lesioni muscolari determinate da distorsioni o da sforzi in genere;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

6.2.1. Morte

Se l'Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione ha come conseguenza la morte e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio stesso, la Società corrisponde la Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza ai Beneficiari.

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, *ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo*, l'Assicurato muore, la Società corrisponde agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello Assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore. In caso contrario, la Società non chiederà il rimborso.

6.2.2. Invalidità Permanente

L'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente è dovuto se l'Invalidità Permanente si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – *entro due anni dal giorno dell'Infortunio.*

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente avviene secondo l'art. "6.2.2.1. Criteri di indennizzabilità", in base ai valori percentuali previsti dalla Tabella INAIL (vedi allegato 1 in calce), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della presente Polizza.

La Società corrisponde l'Indennizzo sulla Somma Assicurata per Invalidità Permanente, in base all'opzione indicata in Polizza, sulla base delle tabelle riportate all'art. "6.2.2.2. Franchigia Invalidità Permanente".

6.2.2.1. Criteri di indennizzabilità

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

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

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.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti 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%.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra, si intendono applicate all'arto superiore Sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

I postumi di Invalidità Permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data della denuncia.

Nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 70% della totale, l'Indennizzo corrisponde al 100% della Somma Assicurata. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella INAIL di cui sopra, l'Indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione delle persone assicurate.

6.2.2.2. Franchigia Invalidità Permanente

In base all'opzione indicata in Polizza, la liquidazione del danno per Invalidità Permanente verrà effettuata sulla base delle seguenti modalità:

F1 - FRANCHIGIA ASSOLUTA 3%

Il capitale Assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti Franchigie assolute:

- **3%** sulla Somma Assicurata;

Pertanto, l'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di I.P. accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare
1	0
2	0
3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	10
14	11
15	12
16	13
17	14
18	15
19	16
20	17
dal 21 al 69	la percentuale accertata
dal 70	100

F2 - ABOLIZIONE FRANCHIGIA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SULLA SOMMA ASSICURATA FINO A EURO 100.000,00.

Si conviene che la Somma Assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti Franchigie assolute:

- nessuna Franchigia sulla Somma Assicurata **fino a Euro 100.000,00**;
- **3%** sulla Somma Assicurata **eccedente Euro 100.000,01**.

Pertanto l'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di I.P. accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata	
	da 0 ad Euro 100.000,00	oltre Euro 100.000,01
1	1	0
2	2	0
3	3	0
4	4	1
5	5	2
6	6	3
7	7	4
8	8	5
9	9	6
10	10	7
11	11	8
12	12	9
13	13	10
14	14	11
15	15	12

Grado (%) di I.P. accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata	
	da 0 ad Euro 100.000,00	oltre Euro 100.000,01
16	16	13
17	17	14
18	18	15
19	19	16
20	20	17
dal 21 al 69	la percentuale accertata	
dal 70	100	

6.2.3. Indennità da Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione e con il massimo di **365 giorni** per ogni singolo caso di Ricovero e per anno assicurativo, la Società corrisponde al Contraente e/o i suoi Familiari l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di Cura.

L'Assicurazione vale anche in caso di:

- Ricovero dell'Assicurato per trapianto di organi a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

L'Indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

6.2.4. Indennità per Ingessatura

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione che determini Ingessatura, la Società corrisponde al Contraente e/o ai suoi Familiari un'Indennità giornaliera pari al capitale Assicurato per Indennità da Ricovero, anche se l'Infortunio non ha comportato pernottamento in Istituto di Cura. Tale Indennità non è cumulabile con quella per Indennità da Ricovero laddove vi sia stato Ricovero. L'Indennità sarà corrisposta a partire dal giorno di applicazione e fino al giorno di rimozione del gesso, ***applicazione e rimozione che devono essere certificate da un medico.***

La presente Indennità verrà corrisposta per un ***massimo di 45 giorni*** per gli arti superiori e di ***90 giorni*** per gli arti inferiori, vertebre e bacino.

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- bendaggi amicati;
- docce/valve gessate;
- bendaggio Desault;
- minerve (in cuoio);
- apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);
- trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;
- bendaggi elastici adesivi;
- protesi in genere (app. di posizione – es. plantari);
- collari Shantz, Camp, simili;
- ginocchiere DonJoy;
- presidi di contenimento delle fratture nasali;
- stecche di Zimmer.

In caso di Frattura ossea o Lesione Capsulo-Legamentosa, clinicamente diagnosticata ma che non renda necessaria alcuna Ingessatura, come da definizione di Polizza, la Società provvede ad indennizzare una somma ***pari al 50% di quella prevista*** per Indennità da Ricovero indicata in Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato, ma con un limite ***massimo di 30 giorni*** per Sinistro e per anno assicurativo.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

6.3 – Estensioni di garanzia sempre operanti

6.3.1. Morte presunta

In caso di naufragio di nave o di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziarica la presenza a bordo dell'Assicurato, laddove il corpo del Contraente e/o dei suoi Familiari non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Il pagamento del capitale avverrà alla condizione che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la Dichiarazione di morte presunta, ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al Rimborso dell'intera somma liquidata.

6.3.2. Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile, si considerano in garanzia gli Infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari a condizione che il Contraente e/o i suoi Familiari non vi abbiano preso parte attiva. Sono considerati in garanzia anche gli Infortuni derivanti da atti di temerarietà, se compiuti per dovere di solidarietà o per legittima difesa.

6.3.3. Rischio guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli Infortuni derivanti da stato guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino), per il periodo **massimo di 14 giorni** dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli Infortuni aeronautici.

6.3.4. Rischio volo

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni che il Contraente e/o i suoi Familiari subiscano durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti – con apposita abilitazione –, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclub.

La somma delle garanzie di cui alla presente Polizza, ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il Rischio volo, in abbinamento a polizze Infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società, **non potrà superare il limite di:**

- a) per persona:
- Euro 1.100.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 1.100.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- b) Complessivamente per aeromobile:
- Euro 5.500.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 5.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;

in detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altri Assicurati per lo stesso Rischio con altre polizze Infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, gli Indennizzi spettanti in caso di Sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui il Contraente e/o i suoi Familiari salgono a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne sono discesi.

6.3.5. Spese di rimpatrio

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

6.4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni:

- derivanti da guerra (salvo quanto previsto dall'art. "6.3.3. Rischio guerra all'estero"), insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza, abbia abusato di psicofarmaci o usato stupefacenti o allucinogeni;
- che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione dal nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni o provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- subiti in conseguenza della partecipazione a corse o gare e relative prove di allenamento, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'Automobile Club Italiano;
- sofferti dal Contraente e/o dai suoi Familiari in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad imprese temerarie;
- dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;

nonché

- le ernie di qualsiasi tipo e quindi anche quelle discali, da qualunque causa determinate nonché le manifestazioni morbose causate da fatti emotivi;
- le operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da Infortunio

Sono inoltre escluse le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da Infortunio.

Non sono equiparati ad Infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiano come conseguenza, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

6.5 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie

Si riepilogano a seguire i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti operanti per la Sezione Protezione Circolare

Garanzia	Limiti di Indennizzo	Franchigia/Scoperto
Morte	<i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i>	===
Invalidità Permanente	<i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i>	Una delle seguenti opzioni: <ul style="list-style-type: none"> • F1 – Franchigia Assoluta 3% • F2 – Abolizione Franchigia per il caso di Invalidità Permanente sulla Somma Assicurata fino a euro 100.000,00

Garanzia	Limiti di Indennizzo	Franchigia/Scoperto
Indennità da Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i> • <i>Massimo di 365 giorni per singolo Ricovero e per anno assicurativo</i> • <i>50% della somma giornaliera assicurata in caso di:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ricovero per trapianto di organi</i> - <i>"Day Hospital" (non inferiore a 5 giorni consecutivi, festività escluse)</i> 	===
Indennità per Ingessatura	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Somma Assicurata indicata nella Scheda di Polizza</i> • <i>Non cumulabile con Indennità da Ricovero</i> • <i>Massimo di 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino</i> • <i>In caso di Frattura ossea o Lesione Capsulo-Legamentosa senza Ingessatura: Indennizzo del 50% della somma prevista per Indennità da Ricovero con un limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo</i> 	===

Estensioni di garanzia sempre operanti

Estensione di garanzia	Limiti di Indennizzo	Franchigia/Scoperto
Rischio volo	<p><i>La somma delle garanzie ed eventuali altre assicurazioni, in abbinamento a polizze Infortuni individuali e/o cumulative con la Società, non può superare:</i></p> <p><i>a. per persona:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Euro 1.100.000,00 per il caso di Morte;</i> - <i>Euro 1.100.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;</i> <p><i>b. Complessivamente per aeromobile:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Euro 5.500.000,00 per il caso di Morte;</i> - <i>Euro 5.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;</i> <p><i>Se i capitali complessivamente assicurati eccedono tali importi, gli Indennizzi spettanti sono calcolati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni</i></p>	===
Spese di rimpatrio	<i>Fino a Euro 1.100,00</i>	<i>5% Invalidità Permanente</i>

7. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA PROTEZIONE CIRCOLARE

(la Sezione di Assistenza è operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

Premessa

Le Prestazioni di Assistenza, elencate all'art. "7.1 – Servizio Assistenza Protezione Circolare", che Europ Assistance si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa, con le modalità indicate all'art. "8.2.1. Obblighi specifici" della Sezione "8. Norme che regolano i Sinistri", sono fornite fino a 3 volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della Polizza. Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza.

Prestazioni

Si precisa che i consulti, considerate le modalità di Prestazione del servizio non valgono quale diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

7.1 – Servizio Assistenza Protezione Circolare

(operante solo se richiamata nella Scheda di Polizza)

1) Consulenza sanitaria

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici. Si precisa che tale Prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Struttura Organizzativa valuterà l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza contrattualmente previste.

b) Consulenza sanitaria di Alta specializzazione

Qualora, in seguito ad Infortunio dovuto a incidente stradale, suscettibile di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Struttura Organizzativa mette a disposizione il suo servizio di assistenza medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Struttura Organizzativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

2) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica con uno specialista in: dermatologia; cardiologia; dietologia; geriatria; ginecologia; Ortopedia; Pediatria, a Sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. **Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.** La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, **i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.**

3) Consulenza per assistenza sanitaria

Quando l'Assicurato necessita di un Ricovero ospedaliero in una struttura pubblica in Italia, in seguito ad Infortunio dovuto a incidente stradale, la Struttura Organizzativa è disponibile ad erogare telefonicamente informazioni e consigli utili per il disbrigo delle pratiche amministrative necessarie. Analogamente, la consulenza telefonica potrà essere fornita quando è necessario un Ricovero all'Estero per patologie non curabili nelle strutture sanitarie nazionali, in modo da poter consentire il disbrigo delle pratiche presso le A.S.L. di competenza, comprese le eventuali richieste di Rimborso ove previsto.

4) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Validità territoriale: Italia

Tramite la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, vengono organizzate visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Ricovero a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Struttura Organizzativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, la Struttura Organizzativa provvede a ricordare telefonicamente all'Assicurato, dietro sua richiesta, l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Il costo relativo alla prenotazione e organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, **mentre rimangono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.**

5) Trasporto al centro medico

Validità territoriale: Italia

Quando, a giudizio del medico curante, in accordo con il servizio di assistenza medica l'Assicurato necessita di un trasporto ad un centro medico, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi adeguati al più vicino ospedale per le cure del caso, prendendo in carico le spese **nel limite di 100 Km ar.**

6) Familiare accanto

In caso di Ricovero dell'Assicurato in seguito ad Infortunio dovuto a incidente stradale, superiore a 4 giorni, od in caso di suo decesso, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare un biglietto aereo (classe turistica a/r) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto.

In alternativa il parente potrà richiedere che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per la quale non sopporterà alcuna spesa entro il limite del costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Struttura Organizzativa.

Nel caso il Ricovero sia superiore a 7 giorni la Struttura Organizzativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare giunto in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento **nel limite di Euro 500,00.**

7) Rientro sanitario

Validità territoriale: Italia

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio in Italia, in seguito ad Infortunio dovuto a incidente stradale, accertate dal Servizio di assistenza medica in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato vicino al proprio domicilio o al domicilio stesso; oppure se l'Assicurato in seguito a dimissione ospedaliera, deve essere trasportato al proprio domicilio; la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo:

- ambulanza
- treno se necessario vagone letto
- aereo di linea con eventuale barella
- aereo sanitario
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. La Struttura Organizzativa ha la facoltà ed il diritto di richiedere, all'Assicurato, l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

8) Rimpatrio sanitario

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio all'estero, in seguito ad Infortunio dovuto a incidente stradale, accertate dal Servizio di assistenza medica ed in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che il Servizio di assistenza medica giudica più idoneo.

Il trasporto può avvenire solo se organizzato dal Servizio di assistenza medica che prende in considerazione, tenendo presente le esigenze di ordine medico, la scelta del mezzo di trasporto più idoneo:

- aereo sanitario con équipe medica;
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella;
- autoambulanza;
- treno se necessario vagone letto;
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale in tutto il Mondo o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

La Struttura Organizzativa ha la facoltà ed il diritto di richiedere, all'Assicurato, l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

9) Trasferimento / rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato, in seguito ad Infortunio dovuto a incidente stradale, avvenuto al di fuori del Comune di residenza, la Struttura Organizzativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto, del trasporto della salma (incluso le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.** Inoltre, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, l'Impresa vi provvede a proprie spese.

10) Rientro dei figli minori

Validità territoriale: al di fuori della provincia di residenza dell'Assicurato

Qualora, in seguito ad Infortunio dovuto a incidente stradale, l'Assicurato venga ricoverato in un Istituto di Cura, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore dei figli minori di anni 15 che erano in viaggio con l'Assicurato stesso, mettendo a disposizione di un parente residente in Italia un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto.

11) Prestazioni per temporary inability care

Validità territoriale: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio dovuto a incidente stradale, presso un pronto soccorso, Day Hospital od ospedale qualora l'Assicurato riceva una prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni.

La Struttura Organizzativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle Prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di Assistenza medica della Struttura Organizzativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le Prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di Assistenza medica della Struttura Organizzativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato. Le Prestazioni riferite alla stessa patologia o Evento non potranno essere richieste più di una volta per anno assicurativo. Si conviene di raddoppiare i Massimali delle Prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

11.1) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica della Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La Prestazione è totalmente a carico della Struttura Organizzativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare l'Assicurato le relative spese sino a **un massimo di Euro 350,00 per Evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

11.2) Invio di un infermiere a domicilio

Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.** Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

11.3) Ascolto e supporto psicologico

La Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Struttura Organizzativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.**

11.4) Disbrigo e pagamento utenze domiciliari

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre ***resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.***

11.5) Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Struttura Organizzativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby-sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa ***sino a un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.***

Ogni servizio dovrà durare minimo 3 ore consecutive.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato ***nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.***

11.6) Ricovero auto

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al Ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre ***resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del Veicolo.***

7.3 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola Prestazione.

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della Polizza, al momento della partenza per il viaggio risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.

La copertura assicurativa non è operativa nei casi in cui le garanzie contrattualmente previste debbano essere prestate in condizioni tali da violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile.

7.4 – Segreto professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti di Europ Assistance i medici eventualmente investiti dall'esame del Sinistro che lo hanno visitato prima o anche dopo il Sinistro stesso.

7.5 – Esclusioni

Sono esclusi ogni Indennizzo, Prestazione conseguenza e/o Evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;
- p) Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- q) guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- r) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- s) quarantene

Le Prestazioni di Assistenza non sono inoltre previste per:

- t) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- u) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- v) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;

- w) cure ed interventi per l'eliminazione di Difetti Fisici, di Malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- x) espianto/trapianto di organi.

Inoltre:

- la Struttura Organizzativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il Rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- la Struttura Organizzativa non è tenuta a pagare Indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- nei casi in cui l'Assicurato benefici di Prestazioni di Assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le Prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale Rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la Prestazione. In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- la Struttura Organizzativa tiene a proprio carico il costo delle Prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al Massimale restano a carico dell'Assicurato;
- il diritto alle Prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro;
- ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Struttura Organizzativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.

La Struttura Organizzativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:

- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Il servizio fornito dalla Struttura Organizzativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

8. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

8.1 - Norme valide per le Sezioni Airbag e Protezione Circolare

8.1.1. Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, *il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto all'Intermediario a cui è assegnata la Polizza oppure alla Società entro cinque giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.*

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia di Sinistro può essere effettuata alla Società secondo una delle seguenti modalità:

A mezzo telefono al numero verde:	800.23.31.20
A mezzo fax al numero verde:	800.60.61.61
A mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma
A mezzo posta elettronica indirizzata a:	Sinistri@hdi.it
A mezzo posta elettronica certificata , solo per i titolari di Posta Elettronica Certificata (PEC) indirizzata a:	hdi.assicurazioni@pec.hdi.it
Rivolgendosi al proprio Intermediario	
Per le richieste di intervento relative alla Sezione Assistenza direttamente alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. al numero verde 800.010.634 , oppure nei modi previsti dall'articolo "8.2.1. Obblighi specifici" delle Norme valide per la Sezione Assistenza.	
Per informazioni sui Sinistri rivolgersi al numero verde: 800.23.31.20 oppure al proprio Intermediario	

8.1.2. Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se sui medesimi Rischi coesistono più Assicurazioni, *il Contraente o l'Assicurato deve dare a ciascun Assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.*

Qualora la somma di tali Indennizzi, escluso dal conteggio l'Indennizzo dovuto dall'Assicuratore eventualmente insolvente, superi l'ammontare del danno, *la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'Indennizzo calcolato secondo il proprio contratto senza tenere conto di eventuali Scoperti e/o Franchigie il cui ammontare verrà dedotto successivamente.*

Deve intendersi comunque esclusa ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.

8.1.3. Procedura per la determinazione dell'Indennizzo in caso di controversie

Fermo il diritto delle Parti di adire l'Autorità giudiziaria, in caso di:

- divergenze sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o sulla durata dell'Inabilità Temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dagli artt. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità" e "6.2.2.1. Criteri di indennizzabilità";*
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro;*

le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di Polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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.

Limitatamente al caso di Invalidità Permanente derivante da Infortunio, è data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità e sono da considerarsi come espressione della volontà delle Parti e quindi vincolanti per le Parti stesse, le quali rinunciano sin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi previsti dalla legge.

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

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

8.1.4. Indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte dell'Assicurato

In caso di sopraggiunta morte dell'Assicurato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente in favore dell'Assicurato (salvo che la morte sia causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza includa la garanzia per il caso morte di cui agli artt. "4.1.1. Morte" o "6.2.1. Morte", nel qual caso l'Indennizzo per l'Evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente), la Società, liquida agli eredi dell'Assicurato:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,*
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,*
- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.*

Se invece l'Assicurato muore prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali (salvo che la morte sia causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza includa la garanzia per il caso morte di cui agli artt. "4.1.1. Morte" o "6.2.1. Morte" nel qual caso l'Indennizzo per l'evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente), la Società liquida agli eredi dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli aventi diritto, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

8.1.5. Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surroga che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

8.1.6. Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

La Società, ricevuta la documentazione richiesta, riconosciuta l'indennizzabilità del Sinistro e determinato l'Indennizzo dovuto, ne comunica l'importo agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la Società provvede al relativo pagamento entro 30 giorni dalla data di quest'ultima.

8.1.7. Documenti richiesti in caso di morte dell'Assicurato

Nei casi in cui il Beneficiario dell'Indennizzo sia un soggetto diverso dall'Assicurato, per il caso di morte di quest'ultimo e in tutti i casi in cui il diritto all'Indennizzo sia trasmesso agli eredi dell'Assicurato per successione ereditaria (come nel caso di cui all'art. 8.1.4.), i Beneficiari, gli eredi dell'Assicurato o il Contraente, dovranno consegnare alla Società i seguenti documenti:

- richiesta dell'avente diritto che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare la Polizza;
- certificazione che attesti con certezza la qualità di Beneficiario laddove lo stesso non sia stato indicato univocamente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- ove il Beneficiario non sia indicato univocamente: atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento – l'ultimo noto non impugnato – con l'indicazione della data di stesura e pubblicazione, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi. Del testamento deve essere consegnata copia conforme all'originale.

8.1.8. Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi

Fermo quanto previsto dall'art. "8.1.1. Obblighi in caso di Sinistro", la denuncia dell'Infortunio **deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'Infortunio e deve essere corredata da certificato medico attestante entità e sede delle lesioni.**

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari devono altresì:

- fornire copia della Cartella Clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, **sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi alla Società.**
- consentire alla Società le indagini, i controlli medici e gli accertamenti necessari, insieme ad ogni altra informazione richiesta, a tal fine esonerando dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato (eventuale traduzione giurata compresa), salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

8.2 - Norme valide per le Sezioni Assistenza Airbag e Assistenza Protezione Circolare

Premessa

In caso di Sinistro coperto dall'Assicurazione Assistenza, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa. **L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle Prestazioni di Assistenza.**

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area personale dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento il fornitore delle Prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le Prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

8.2.1. Obblighi specifici

In caso di necessità la Struttura Organizzativa di Europ Assistance è in funzione 24 ore su 24. Il personale specializzato di Europ Assistance è a disposizione dell'Assicurato, pronto ad intervenire e ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre che ad autorizzare eventuali spese.

Per la denuncia del Sinistro e per poter usufruire delle Prestazioni, sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, come qui di seguito indicato:

- Linea Verde **800.010.634**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero) **+39 02.58.28.62.06**
- Fax **+39 02.58.47.72.01**

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- numero di Polizza
- recapito telefonico.

La richiesta di Rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- 1) farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale Rimborso successivo;
- 2) comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

ALLEGATI
**ALLEGATO 1
 TABELLA INAIL**

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
Altre menomazioni della facoltà visiva		(vedi relativa tabella)
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde Indennità		==
Esiti di Frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carptica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna Indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del collo	2	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- A) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- B) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- C) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
- D) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
- E) In caso di afachia monolaterale:
- con visus corretto di 10/10 – 9/10 – 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- F) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.



HDI Assicurazioni S.p.A.

Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma

Tel. +39 06 421 031

Fax +39 06 4210 3500

hdi.assicurazioni@pec.hdia.it

www.hdiassicurazioni.it

Mod. 54301 – Ed. 04/2022

