



Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A.

Contratto di Assicurazione

Infortunati- Malattia individuale o cumulativa

CF SIAMO IN DUE PER SEMPRE

Mod. 007.2015. SDPS ed.05.19

Il presente Set Informativo contenente:

- *Documento Informativo Precontrattuale*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione con Glossario*
- *Proposta di Assicurazione*

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del Contratto o della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

CF ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 38.707.500,00 i.v. – C.F./P. IVA: 09395811004 - REA CCIA Roma n. 1160328 – Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 – Autorizzazione all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 – G.U. n. 195 23/08/2007 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042



Polizza CF SIAMO IN DUE PER SEMPRE mod. 007.2016.SDPS ed.05.19
DIP-Documento informativo precontrattuale dei contratti assicurazioni danni
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF SIAMO IN DUE PER SEMPRE"
Il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE E'?

La CF SIAMO IN DUE PER SEMPRE è una polizza Ramo Infortuni e Malattia che prevede indennizzi finalizzati in caso di Infortuni Professionali ed extraprofessionali e Invalidità Permanenti e diarie da ricovero da Malattia per recuperare quella parte di reddito che potrebbe venir meno a causa dagli eventi assicurati che ne impedirebbero la capacità di produrlo con il proprio lavoro. In caso di Morte da infortunio, lasciare un capitale agli eredi.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Sono assicurati in base alle scelte del Contrante-Assicurato:

- ✓ **Morte** da Infortunio comprese Morte presunta
- ✓ **Invalidità Permanente** da Infortunio o in alternativa a questa garanzia
- ✓ **Indennizzi da lesioni** da infortunio
- ✓ **Inabilità Temporanea al lavoro** da Infortunio
- ✓ **Diarie da: Ricoveri, gessature o punti di sutura** da Infortunio, nel limite massimo di 60-30 giorni per evento
- ✓ **Rimborso spese di cura** da Infortunio

Opzionabile

- ✓ **Invalidità Permanente** da malattia
- ✓ **Diarie da: Ricoveri, gessature** da malattia



CHE COSA NON E' ASSICURATO?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- X che alla data di effetto della polizza , superino 75 anni compiuti. che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute.

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

- X dipendenza da sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti – farmaci psicoattivi);
 infezione da HIV;
 psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindrome organiche cerebrali.



CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA? La polizza prevede limiti d'indennizzo, carenze e franchigie:

! Franchigie: Sulla Somma Assicurata sino a 200.000 euro, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalla seguente tabella;

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile rischi Professionali	Punti di % di invalidità permanente liquidabile rischi Extra-Professionali
Sino a 2	0,50	Franchigia Fissa 3% <i>Se l'Assicurato è indenne da infortuni nei due anni precedenti dalla decorrenza della polizza CF e da ogni successivo sinistro denunciato e liquidato, si annulla la franchigia fissa del 3% e si applica in fase di liquidazione la tabella come per i rischi professionali.</i>
Da oltre 2 e sino a 3	1,00	
Da oltre 3 e sino a 4	1,50	
Da oltre 4 e sino a 6	3,00	
Da oltre 6 e sino a 8	5,50	
Da oltre 8 e sino a 10	8,00	
da oltre 10 a 49	Stessa percentuale accertata	
da 50 a 65	75	
da 66 a 84	100	
Da 85 a 100	120 col massimo di €. 240.000	

! Sulla somma Assicurata oltre 200.000 euro e sino a 500.000 euro, della garanzia Invalidità Permanente opera una franchigia fissa del 3% sia sugli eventi da Rischi Professionali che Extraprofessionali. Pertanto invalidità permanenti accertate sino al 3% non verranno indennizzate. Invalidità permanenti accertate superiori al 3% verranno liquidate con decurtazione dei primi 3 punti di invalidità permanente accertata.

! Sulla somma Assicurata oltre 500.000 euro della garanzia Invalidità Permanente opera una franchigia fissa del 5% sia sugli eventi da Rischi Professionali che Extraprofessionali.. Pertanto invalidità permanenti accertate sino al 5% non verranno indennizzate. Invalidità permanenti accertate superiori al 5% verranno liquidate con decurtazione dei primi 5 punti di invalidità permanente accertata.

! DIARIA DA INABILITÀ TEMPORANEA

per diarie assicurate sino a Euro 50:

franchigia di giorni 6 per le classi A-B ---- franchigia di giorni 8 per la classe C-D;

per diarie assicurate da Euro 51 a Euro 100:

franchigia di giorni 8 per le classi A-B ---- franchigia di giorni 10 per la classe C-D.

! INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e comunque non prima di 60 giorni dalla predetta data , di grado non inferiore al 25% e se questa si verifichi entro un anno dal giorno nel quale la malattia è stata denunciata



DOVE VALE LA COPERTURA?

Le Garanzie Infortuni e Malattia valgono in tutto il mondo.

La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

- Dichiarare nel Questionario Anamnestico Sanitario previsto nella Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, le informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.



QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?

Il primo premio si deve pagare il giorno della decorrenza della polizza o quando la proposta e certificato vengono emessi e sottoscritti dalle parti. I premi successivi, se previsti, alle rispettive scadenze stabilite secondo il tipo di frazionamento di polizza.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari con i quali è stato conclusa la polizza.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI: Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (da almeno 30 Euro)



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza indicata nella proposta e nel Certificato di Assicurazione se il premio è stato corrisposto in quella data o in data antecedente, altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. L'Assicurazione cessa alla scadenza prevista in polizza in base alla durata contrattuale se disdetta, altrimenti si rinnova tacitamente.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Inviando una lettera di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.

Polizza CF SIAMO IN DUE PER SEMPRE mod. 007.2016.SDPS ed.05.19

DIP-DOCUMENTO AGGIUNTIVO DANNI

CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "SIAMO IN DUE PER SEMPRE"

Il presente DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

CF Assicurazioni S.p.A. Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione con il numero n.1.00158

Sede Legale e Direzione Generale: Via Paolo di Dono,73- 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com e cfassicurazioni@pec.it. Capitale sociale 38.707.500 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:

L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2018 è pari a euro 37.592.670 , di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 38.707.500;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro -1.114.830.L'indice di solvibilità è pari al 155,92% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione e disponibili sul sito:

<https://www.cfassicurazioni.com/il-gruppo-cf/bilanci-e-pubblicazioni.htm>

Al contratto si applica la legge italiana.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



CHE COSA NON E' ASSICURATO

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

DELIMITAZIONI / ESCLUSIONI DELLE GARANZIE INFORTUNI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 01) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o derivanti da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- 02) dalla pratica di sports aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- 03) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), sci acrobatico e/o estremo, alpinismo in solitaria con scalata di rocce ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, speleologia;
- 04) dalla partecipazioni ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- 05) dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;
- 06) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 07) da guerra e/o insurrezione;
- 08) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- 09) Sono altresì esclusi dall'assicurazione:
 - le ernie di qualsiasi tipo;
 - gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini.

ESCLUSIONI INERENTI LE GARANZIE MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura di Ricoveri, Gessature e Invalidità Permanente da Malattia se questi eventi fossero causati da:

- ricoveri o gessature dovuti a malattie preesistenti e diagnosticate prima della decorrenza della polizza;
- ricoveri da purperio o parti in genere;
- invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza dichiarate o meno nel questionario anamnestico allegato per ciascun assicurato, che costituiscono parte integrante della presente assicurazione;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Malattia dell'Assicurato;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- malattie tropicali e Pandemie;
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoiche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione-fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine- acceleratrici, raggi X).



CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



CHE OBBLIGHI HO?

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

PER LE GARANZIE INFORTUNI

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) entro 3 giorni dalla data dell'infornuto, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;
- b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi;
- c) far pervenire tempestivamente cartelle cliniche, dichiarazioni di ricovero, notule di spese sanitarie sostenute e altri documenti atti a dimostrare l'entità degli eventi per i quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo,

Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;
- b) trasmettere, se esplicitamente richiesto dalla Società e fino a cura ultimata, certificati medici periodici sul decorso dell'infornuto ad intervalli non superiori a 15 giorni.
- c) consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato il presente obbligo spetta ai beneficiari; Le spese relative ai documenti sono a carico dell'Assicurato.

PER LE GARANZIE MALATTIA

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) effettuare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, la denuncia di sinistro ed allegare la o le cartelle cliniche inerenti i Ricoveri, le gessature e i certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e conseguenze della malattia.
- b) Trasmettere successivamente certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia.
- c) Presentare, trascorsi sei mesi dalla data del certificato attestante la guarigione, un certificato medico con l'indicazione del grado di Invalidità Permanente direttamente residuo dalla malattia.

Assistenza diretta/ In Convenzione	Questo contratto non prevede forme di Assistenza sia in forma diretta che in convenzione.
---	---

Gestione da parte di altre Imprese	Questo contratto non prevede forme di gestione da parte da altre imprese.
Prescrizione	I diritti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 CC. .
Obblighi dell'Impresa	La Società, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio) e ricevuta tutta la documentazione prevista, provvederà, entro i successivi 30 giorni al pagamento dell'Indennità che verrà corrisposta in Italia, in valuta italiana.



QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non sono previsti rimborsi di premio in corso di validità del contratto.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non sono previste sospensioni di garanzie in corso di validità del contratto



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Disdetta	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Ripensamento dopo la stipulazione	Il prodotto non prevede la clausola di recesso entro un periodo dalla data di stipulazione.
Risoluzione	Il contratto si può risolvere solo con disdetta o in caso di sinistro, come da Condizioni di Assicurazione.



A CHI E' RIVOLTO QUESTO PRODOTTO

A tutte le persone che intendono garantirsi contro gli di Infortuni professionali ed extraprofessionali e le Invalidità Permanenti o i Ricoveri da Malattie che a seguito delle quali, potrebbero perdere la capacità di produrre reddito dal proprio lavoro. In caso di Morte, assicurare un capitale per gli eredi per non farli trovare improvvisamente privi di fonte di reddito familiare.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE

- Il premio annuo, frazionabile senza aumento di interessi come da tariffe previste dal prodotto.
- **Costi di Intermediazione:** In media gli intermediari ricevono una commissione del 29,30% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Gestione Reclami di CF Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo in Roma - Via Paolo di Dono, 73 - 00142 o tramite e-mail alla seguente casella di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com I reclami dovranno contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,
----------------------------------	--

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Arbitrato Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia e sulla quantificazione dei giorni della Inabilità Temporanea Totale, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. 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. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.</p> <p>Per liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.</p>

AVVERTENZA: PRIMA DI RISPONDERE ALLE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA SCHEDA PROPOSTA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Il presente documento è aggiornato al 31.12.2018

OGGETTO DELLE GARANZIE INFORTUNI

DESCRIZIONE DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 1 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata, per la persona deceduta in conseguenza di un infortunio, in parti uguali, agli eredi legittimi o testamentari anche se l'evento si verifichi entro due anni dalla data del sinistro avvenuto durante la validità della polizza.

ART. 2 – MORTE PRESUNTA:

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, marittima o aerea e di calamità naturali, il corpo dell'Assicurato non dovesse essere più ritrovato e quindi non si possa effettuare il riconoscimento della salma, la Società liquiderà la somma assicurata per il caso morte a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla scomparsa e sia stato richiesto il certificato di "Morte Presunta". Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese mentre l'Assicurato potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

ART. 3 Maggiorazione indennizzo

Qualora tra gli eredi vi siano figli a carico minori conviventi e nell'evento decedano entrambi i coniugi, di cui uno assicurato con la presente polizza, il totale liquidabile sarà maggiorato del 50% con extra indennizzo massimo pari a 100.000 Euro.

ART. 4 - Spese funerarie

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il funerale e l'eventuale rimpatrio della salma con il limite massimo di 1.500,00 Euro.

ART. 5 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni che causino la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo in base alla Tabella di Invalidità Permanente INAIL di cui al successivo art.23.

**ART. 6 - ASSICURAZIONE DA LESIONI DA INFORTUNIO AD INDENNIZZO FORFETTARIO
(in alternativa alla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio di cui al precedente Art.3)**

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni in base alla "Tabella indennizzi" di cui al successivo Art.27 "DETERMINAZIONE DEL L'INDENNIZZO FORFETTARIO" e in base al massimale prescelto.

Condizione Aggiuntiva sempre operante alle garanzie di cui ai precedenti Artt.5 e 6.

DANNI ESTETICI

In caso di infortuni che determinino danni estetici al volto o agli arti, la Società rimborserà le spese sostenute per la riparazione del danno estetico mediante presentazione di notule di spese con il massimo di Euro 2.500,00 per anno e per evento.

ART. 7 - DIARIA DA RICOVERO – GESSATURA –PUNTI DI SUTURA – TOTALE IMMOBILIZZAZIONE:

ART. 7.1 - Diaria da ricovero:

La Società corrisponde la diaria per ogni giorno di degenza in cui un infortunio causi all'Assicurato il ricovero in istituto di cura (pubblico o privato) anche in forma di Day Hospital, per la durata massima di 120 giorni per evento.

ART. 7.2 - Diaria da gessatura:

Qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata una gessatura in Istituto di cura o in ambulatorio, verrà corrisposta la diaria prevista nella scheda di polizza sino alla rimozione delle gessature (vedasi definizione) nel limite massimo di 60 giorni per evento.

ART. 7.3 - Diaria per punti di sutura:

Qualora in conseguenza di infortunio siano stati applicati dei punti di sutura in Istituto di Cura o in ambulatorio, verrà corrisposta la diaria prevista nella scheda di polizza, sino alla rimozione degli stessi, per la durata massima di 30 giorni per evento.

ART. 7.4 - Diaria da Immobilizzazione:

Qualora il certificato di Pronto Soccorso o di Istituto di cura, a seguito di un infortunio con traumi o contusioni che abbiano interessato il capo, la colonna dorsale, la cassa toracica, il bacino, gli arti, con esclusione delle lesioni al collo, preveda un numero di giorni di immobilizzazione totale senza gessature, o

immobilizzatori, verrà corrisposta la diaria prevista nella scheda di polizza, sino ad un massimo di 30 giorni per evento. Per il computo di detta diaria si farà riferimento unicamente alla prescrizione dell'ente ospedaliero o del pronto soccorso.

ART. 8 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società assicura, fino alla concorrenza della somma assicurata, il rimborso delle spese sostenute durante e dopo il ricovero in ospedale, clinica o pronto soccorso a seguito di infortunio indennizzabile a norma delle condizioni di polizza, e più precisamente delle spese:

- a) per gli accertamenti diagnostici durante il ricovero (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- b) per gli onorari del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- c) per l'assistenza medica, per la cura, per i medicinali e gli esami post-operatori, durante il ricovero;
- d) per le rette di degenza con un massimo di giorni 30 per evento.
- e) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie post-operatorie, post-ricovero o post pronto soccorso, con il limite del 50% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 90 giorni dalle dimissioni. **Sulla garanzia opera una franchigia di 100,00 euro**

ART.9 -DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNI

La Società corrisponde la diaria per ogni giorno in cui un infortunio causi l'incapacità fisica totale o parziale dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, dedotto il numero dei giorni di franchigia pattuito. La diaria è corrisposta per un periodo massimo di 180 giorni per ogni caso di infortunio.

ART.10 – MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE DA CONTAGIO HIV e EPATITI

Le garanzie di Morte e Invalidità Permanente assicurate con queste partite, sono riferite al contagio che l'Assicurato medico dovesse subire da HIV (Human Immunodeficiency Virus), Epatite B o Epatite C, a seguito di incidenti che vengono considerati Infortuni Professionali, presso gli enti sanitari riconosciuti dai propri stati ove questi esercita la propria professione di medico e sempre che questi siano ubicati in Paesi della Comunità Europea e vengano certificati, come contagi avvenuti negli stessi enti dove l'Assicurato esercita o per cui opera. Il tutto è regolato dal successivo Art.32 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Tutte le garanzie prestate con le presenti Condizioni di Assicurazioni saranno valide se attivate nella scheda di polizza e corrisposto il relativo premio.

GARANZIE INFORTUNI

ART. 11- GARANZIE PRESTATE

L'assicurazione vale per:

- gli infortuni professionali,
- gli infortuni extraprofessionali e avvenuti durante il tempo libero,

che producano lesioni oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente, una inabilità temporanea o determinino un ricovero, una gessatura, dei punti di sutura o una immobilizzazione totale.

Sono assicurabili tutte le persone da 0 a 79 anni di età, 64 per le garanzie Malattia, minimo 18 anni se contraenti della polizza. L'Assicurazione non cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 79° o 64° anno di età dell'Assicurato ma continua i suoi effetti sino al momento della manifesta volontà di risoluzione contrattuale decisa da una delle parti con preavviso di almeno 30 giorni come previsto nel successivo Art.51 delle presenti condizioni.

ART. 11.1 - Le garanzie operano in tutto il mondo. La valutazione dell'Invalidità Permanente e la liquidazione dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro. Per le spese sostenute in paesi extra comunità europea o con divisa monetaria diversa dall'euro, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio ricavato dalla quotazione BCE della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Sono considerati infortuni anche:

ART. 11.2 - l'asfissia non di origine morbosa;

ART. 11.3- gli avvelenamenti acuti da ingestione o l'assorbimento di sostanze (compresi avvelenamenti e lesioni da contatto con sostanze corrosive);

ART. 11.4 - quelli subiti a seguito di malore o incoscienza;

ART. 11.5 - i colpi di sole e di calore;

ART. 11.6 - l'annegamento;

ART. 11.7 - il congelamento e l'assideramento;

ART. 11.8 - le punture di insetti e i morsi di animali ;

ART. 11.9 - infortuni determinati da: terremoti, alluvioni ed inondazioni;

Resta convenuto, per questi ultimi eventi, in caso di sinistro che colpisca più assicurati con polizze

della Società, l'esborso massimo non potrà superare Euro 1.500.000. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, in modo da non superare, sommate, il limite predetto.

Si intendono in garanzia inoltre.

ART.11.10 - le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie del disco, muscolari e delle rotture sottocutanee dei tendini;

ART.11.11 - gli infortuni derivanti da imperizie, imprudenze colpa grave dell'Assicurato nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria, in deroga agli artt.1900 e 1912 del CC,;

ART. 11.12 - gli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dall'inizio degli eventi bellici mentre si trova all'estero. **La presente garanzia non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.**

ART. 12 - VIAGGI AEREI

Ferme le norme che regolano assicurazione in generale, la garanzia è estesa, agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto Pubblico Passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs,
- su apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

ART. 12.1 - La copertura inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

ART. 12.2 - La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza:

- ha durata inferiore ad un anno;
- è stipulata (anche in convenzione) da Agenzie di Viaggio a favore della clientela.

ART. 12.3 - In base a quanto previsto dall'articolo 31 delle "norme che regolano l'assicurazione in generale" e ai sensi e per gli effetti degli art. 1892, 1893 del CC., l'Assicurato, in base a quanto sia o venga a conoscenza, dichiara che la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo stipulate dallo stesso o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:
Euro 1.000.000 per il caso di morte;
Euro 1.000.000 per il caso di invalidità permanente totale;
Euro 250 al giorno per il caso di inabilità temporanea assoluta.

ART.12.4 - L'Assicurato si impegna a comunicare alla Società la successiva stipulazione di altre assicurazioni contro gli infortuni che includano la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso Assicurato o da altri sulla sua persona, qualora il totale dei capitali assicurati superi i limiti indicati al punto 10.3 .

ART.12.5 - Eventuali aumenti dei limiti al punto 9.3, devono essere preventivamente concordati con la Società.

ART. 13 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga previsto dall'articolo 1916 del Codice Civile ma gestirà il sinistro, tenendo conto del principio giuridico dell'ingiustificato arricchimento ed dell'equo indennizzo anche in osservanza della recente giurisprudenza di Corte Suprema che pone divieto di cumulo tra il risarcimento di Responsabilità Civile e l'indennizzo in polizza infortuni.

ART. 14 - ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'assicurato può richiedere, non prima di 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzo e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%. L'acconto della somma da parte della Società potrà avere luogo solo nell'ipotesi in cui il prevedibile indennizzo sia superiore a Euro10.000,00 . Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 15 - CUMULO INDENNIZZI

ART. 15.1 - L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato dovesse morire in conseguenza dell'infortunio stesso, entro un periodo massimo di due anni dal giorno dell'evento, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore, non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 15.2 - Le garanzie, relative alle diarie, non costituiscono cumulo tra di loro; se dovessero coincidere le giornate di più diarie, in tutto o in parte, la diaria verrà corrisposta per uno solo dei quattro eventi,(ricovero;gessatura; totale immobilizzazione; punti di sutura); progressivamente nel tempo. Ovvero, la diaria da gessatura si conteggerà dopo le dimissioni dal ricovero, così per i punti di sutura e per la immobilizzazione totale.

ART. 16 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Nel caso in cui la presente assicurazione fosse stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 CC..

DELIMITAZIONI / ESCLUSIONI DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 17- Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

01) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o derivanti da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

02) dalla pratica di sports aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

03) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), sci acrobatico e/o estremo, alpinismo in solitaria con scalata di rocce ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, speleologia;

04) dalla partecipazioni ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

05) dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;

06) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

07) da guerra e/o insurrezione;

08) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

09) Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- le ernie di qualsiasi tipo;

- gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini;

ART. 18 - SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. E' considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva. L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

ART. 19 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi costituiscono per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art.1898 C.C. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo, determinano la cessazione dell'Assicurazione.

ART. 20 - ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto previsto all'Art. 10.3, qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

ART. 21- ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli Artt. 33; 37 e 38 delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, se nel corso

del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

Classe di attività dichiarata e risultante dalla scheda di polizza

Classe di attività accertata al momento del sinistro	Classe di attività di polizza	A	B	C	D
	A	100	100	100	100
B	85	100	100	100	
C	70	85	100	100	
D	55	70	85	100	

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro si farà riferimento alla "Tabella delle attività" riportata nelle presenti Condizioni di polizza, ove sono indicati anche i corrispondenti indici di rischio. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata. Quanto disposto dal presente articolo non si applica per gli infortuni occorsi durante il Servizio Militare di cui all'art.18.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART. 22 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata per persona deceduta in conseguenza di un infortunio in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 23 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni: (Tabella Invalidità Permanente INAIL)

Descrizione Invalidità	Percentuali grado di invalidità	
	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 protesi		40%
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 - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita del braccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%

Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice			
Perdita delle ultime due falangi del medio		8%	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
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 prono supinazione	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 - carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba 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 dà 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%	

N.B. : in caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

C) In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali sopra riportate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

D) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti al punto B) si farà riferimento ai criteri qui di seguito riportati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

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

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati al punto B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata con riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione; la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati al punto B) e ai criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

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

E) Nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire a seguito di causa diversa dall'evento che abbia determinato la Invalidità Permanente, anche in caso di non quantificazione del grado della stessa da parte di Medici Legali incaricati da CF assicurazioni S.p.A.ma in presenza di accertamenti eseguiti prima del decesso da altri Enti riconosciuti come INAIL, INPS o similari, CF assicurazioni S.p.A. procederà a liquidare sulla base di queste quantificazioni, agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 23 Bis - Invalidità Permanente Speciale: Tabella Super: (valida se espressamente richiamata nella scheda di Certificato di polizza e riservata a particolari attività professionali)

A parziale deroga dell'Art.23, Invalidità Permanente da infortunio, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella sotto indicata relativamente alla perdita anatomica e funzionale di alcuni organi o arti. La garanzia è prestata tenendo conto del valore specifico che detti organi o arti hanno in relazione all'attività professionale dichiarata dall'assicurato. Pertanto le percentuali di valutazione riportate nella tabella di cui al predetto articolo si intendono parzialmente modificate come segue:

Perdita:

delle braccia o delle mani, di un braccio o di una mano	100%
del pollice, indice, medio della stessa mano contemporaneamente	80%
del pollice o dell'indice destro	60%
del pollice o dell'indice sinistro	50%
dell'ultima falange del pollice o dell'indice destro	40%
dell'ultima falange del pollice o dell'indice sinistro	35%
del medio destro	30%
del medio sinistro	25%
dell'ultima falange del medio destro	20%
dell'ultima falange del medio sinistro	15%
dell'anulare o del mignolo destro	15%
dell'anulare o del mignolo sinistro	10%
di un occhio	50%
dell'udito bilaterale	90%
dell'udito di un solo orecchio	20%

N.B. : in caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

ART. 24 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE Art.23 e Art. 23 Bis

Sulla Somma Assicurata sino a 200.000 euro, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalla seguente tabella;

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile rischi Professionali	Punti di % di invalidità permanente liquidabile rischi Extra-Professionali
Sino a 2	0,50	Franchigia Fissa 3%

Da oltre 2 e sino a 3	1,00	Se l'Assicurato è indenne da infortuni nei due anni precedenti dalla decorrenza della polizza CF e da ogni successivo sinistro denunciato e liquidato, si annulla la franchigia fissa del 3% e si applica in fase di liquidazione la tabella come per i rischi professionali.
Da oltre 3 e sino a 4	1,50	
Da oltre 4 e sino a 6	3,00	
Da oltre 6 e sino a 8	5,50	
Da oltre 8 e sino a 10	8,00	
da oltre 10 a 49	Stessa percentuale accertata	
da 50 a 65	75	
da 66 a 84	100	
Da 85 a 100	120 col massimo di €. 240.000	

A maggior precisazione di quanto esposto nella tabella precedente, relativamente alla Franchigia relativa operante sui sinistri di natura Extra-Professionali, la relatività dei due anni decorre inizialmente dalla data di decorrenza della Polizza. E successivamente, durante il periodo di assicurazione, la relatività dei due anni decorre dalla data di denuncia di un sinistro di tipo Extraprofessionale e sempre che questo venga liquidato. Un sinistro denunciato e terminato senza seguito non determina l'operatività della franchigia relativa dei due anni, quindi è come se non fosse mai avvenuto. I sinistri di natura professionale non intervengono in questa regolamentazione.

Sulla somma Assicurata oltre 200.000 euro e sino a 500.000 euro, della garanzia Invalidità Permanente opera una franchigia fissa del 3% sia sugli eventi da Rischi Professionali che Extraprofessionali. Pertanto invalidità permanenti accertate sino al 3% non verranno indennizzate. Invalidità permanenti accertate superiori al 3% verranno liquidate con decurtazione dei primi 3 punti di invalidità permanente accertata.

Sulla somma Assicurata oltre 500.000 euro della garanzia Invalidità Permanente opera una franchigia fissa del 5% sia sugli eventi da Rischi Professionali che Extraprofessionali.. Pertanto invalidità permanenti accertate sino al 5% non verranno indennizzate. Invalidità permanenti accertate superiori al 5% verranno liquidate con decurtazione dei primi 5 punti di invalidità permanente accertata.

ART. 25 - ASSICURAZIONE DA LESIONI DA INFORTUNIO AD INDENNIZZO FORFETTARIO.

(l'operatività di questa garanzia esclude la operatività della garanzia Invalidità Permanente di cui al precedente Artt.20)

L'assicurazione è prestata limitatamente alle conseguenze da infortunio che determinino una o più lesioni riportate e nei limiti degli indennizzi previsti nello schema "Tabella indennizzi" all'Art.27 "DETERMINAZIONE DEL MASSIMALE".

Art. 26 CRITERI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Qualora l'Assicurato subisca, nel corso dello stesso evento, più lesioni indennizzabili secondo quanto previsto dalla "Tabella indennizzi" all'Art.27 "DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO FORFETTARIO", il limite massimo di indennizzabilità non potrà superare Euro 100.000,00 o 200.000,00 per anno assicurativo, secondo la scelta operata nella scheda di polizza.

Art. 27 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO FORFETTARIO.

Secondo la tipologia di lesione riportate nel seguente schema, verrà liquidato l'indennizzo corrispondente in base alla lesione e al massimale assicurato per anno e per evento.

TABELLA DI INDENNIZZO- TIPOLOGIA DI LESIONE : Indennizzi liquidabili

Somma Assicurata massima Liquidabile per anno e per evento	100.000	200.000
LESIONI APPARATO: SCHELETRICO CRANIO		
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	900	1.800
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	900	1.800
FRATTURA LEFORT I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	1.400	2.800
FRATTURA LEFORT II O III (non cumulabili tra loro n con LEFORT I)	2.800	5.600
FRATTURA ETMOIDE - FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	300	600
FRATTURA OSSA NASALI	300	600
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	1.400	2.800
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	2.500	5.000
COLONNA VERTEBRALE		
TRATTO CERVICALE		
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4.200	8.400

FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300	600
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II VERTEBRA	4.200	8.400
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I -VETEBRA	4.200	8.400
TRATTO DORSALE		
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2.100	4.200
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	4.200	8.400
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA XII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300	600
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300	600
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	300	600
FRATTURA CORPO CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	4.200	8.400
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	4.200	8.400
FRATTURA CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	300	600
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	1.750	3.500
OSSO SACRO		
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	1.750	3.500
COCCIGE		
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	1.750	3.500
BACINO		
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	1.400	2.800
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	3.500	7.000
TORACE		
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	300	600
FRATTURA STERNO	1.400	2.800
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	300	600
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	300	600
ARTO SUPERIORE (DX o SX)		
BRACCIO		
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	300	600
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (Delimitata dal collo chirurgico)	2.500	5.000
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (Delimitata dalla linea ideale che unisce TROCLEA E CAPITELLO)	2.500	5.000
AVAMBRACCIO		
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSIT RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	1.750	3.500
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	2.500	5.000
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	1.750	3.500
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	300	600
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	4.200	8.400
POLSO E MANO		
FRATTURA SCAFOIDE	1.400	2.800
FRATTURA SEMILUNARE	100	200
FRATTURA PIRAMIDALE	100	200
FRATTURA PISIFORME	100	200
FRATTURA TRAPEZIO	100	200
FRATTURA TRAPEZOIDE	100	200
FRATTURA CAPITATO	100	200
FRATTURA UNCINATO	100	200
FRATTURA I METACARPALE	900	1.800
FRATTURA II O III O IV O V METACARPALE	100	200
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA		
POLLICE	3.500	7.000
INDICE	2.000	4.000
MEDIO	300	600
ANULARE	300	600
MIGNOLO	100	200
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA		

POLLICE	1.750	3.500
INDICE	300	600
MEDIO	300	600
ANULARE	300	600
MIGNOLO	100	100
FRATTURA TERZA FALANGE DITA		
INDICE	300	300
MEDIO	300	300
ANULARE	300	300
MIGNOLO	100	100
ARTO INFERIORE (DX o SX)		
FRATTURA FEMORE		
DIAFISARIA	1.400	2.800
EPIFISI PROSSIMALE (PROTESI D'ANCA)	6.400	12.800
EPIFISI PROSSIMALE NON PROTESIZZATA	1.750	3.500
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	1.750	3.500
FRATTURA TIBIA		
DIAFISARIA	900	1.800
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	2.000	4.000
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	1.400	2.800
FRATTURA PERONE		
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	1.400	2.800
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA E SCOMPOSTA	1.750	3.500
PIEDE		
TARSO		
FRATTURA ASTRAGALO	2.500	5.000
FRATTURA CALCAGNO	2.800	5.600
FRATTURA SCAFOIDE	300	600
FRATTURA CUBOIDE	1.400	2.800
FRATTURA CUNEIFORME	300	600
METATARSI		
FRATTURA I METATARSALE	1.400	2.400
FRATTURA II O III O IV O V METATARSALE	300	600
FALANGI		
FRATTURA ALLUCE (I o II Falange)	100	200
FRATTURA I o II o III FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	50	100
LESIONI DENTARIE		
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	50	100
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	50	100
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	50	100
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	50	100
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	25	50
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	25	50
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	25	50
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente) 5	25	50
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	25	50
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	25	50
LESIONI PARTICOLARI		
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	1.750	3.500
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	3.500	7.000
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA		
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima) 3.550 EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	5.000	10.000
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3.500	7.000
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	10.000	20.000
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	9.000	18.000
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	35.000	70.000
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	9.000	18.000
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	5.000	10.000
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	9.000	18.000
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	900	900

PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	1.750	3.500
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	7.000	14.000
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	7.000	14.000
PATELLECTOMIA TOTALE	5.000	10.000
PATELLECTOMIA PARZIALE	1.400	2.800
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.000	2.000
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	5.000	10.000
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	9.000	18.000
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE		
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	2.250	4.500
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2.250	4.500
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2.000	4.000
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente)	3.500	7.000
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente)	3.500	7.000
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)	1.400	2.800
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	2.000	4.000
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	2.000	4.000
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	2.000	4.000
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	2.000	4.000
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	3.500	7.000
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	1.750	3.500
LUSSAZIONE MF O IF 2 - 3 - 4 - 5 DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)- valore massimo per ogni dito-	300	600
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	1.750	3.500
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	3.500	7.000
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	1.400	2.800
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II O III O IV O V DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	100	200
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5.000	10.000
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)- non cumulabili tra loro-	3.500	7.000
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	300	600
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	1.750	3.500
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2.800	5.600
AMPUTAZIONI		
ARTO SUPERIORE		
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE	20.000	40.000
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	18.000	36.000
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	14.000	28.000
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	10.000	20.000
AMPUTAZIONE 2 DITA	5.000	10.000
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	5.000	10.000
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI ALTRE DITA	1.750	3.500
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	4.000	8.000
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE ALTRE DITA	1.000	2.000
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DITA LUNGHE	2.000	4.000
ARTO INFERIORE		
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	20.000	40.000
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA MET DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	20.000	40.000
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	20.000	40.000
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	18.000	36.000
PERDITA DI UN PIEDE	18.000	36.000
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	9.000	18.000
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	35.000	70.000
PERDITA DELL'ALLUCE	5.000	10.000
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	2.500	5.000
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	100	200

ART. 28 -DIARIA DA RICOVERO E/O GESSATURA

La Società corrisponde all'Assicurato la diaria assicurata come prevista nelle "Descrizione della Garanzia"

Art. 7.1 e 7.2, Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione, rilasciata dall'istituto di cura, attestante la durata del ricovero o della gessatura e su presentazione di cartella clinica se predisposta; il primo e l'ultimo giorno di ricovero e gessatura verranno complessivamente indennizzati per un solo giorno. In caso di day hospital, la diaria viene indennizzata al 50% di quella assicurata.

ART. 29 - DIARIA DA PUNTI DI SUTURA E/O DA IMMOBILIZZAZIONE

La Società corrisponde all'Assicurato la diaria assicurata come prevista nelle "Descrizione delle Garanzie" Art. 7.3 e 7.4, Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione, rilasciata dall'istituto di cura, attestante la durata di detenzione dei punti o della prescrizione delle giornate di immobilizzazione; il primo e l'ultimo giorno verranno complessivamente indennizzati per un solo giorno. In caso di day hospital, la diaria viene indennizzata al 50% di quella assicurata.

Le Diarie non sono cumulabili tra loro come previsto all'Art. 15.2 delle presenti condizioni.

ART.30 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio , il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento e per anno, dell'importo assicurato indicato in polizza e con le condizioni di cui all'Art.9 delle presenti Condizioni.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per interventi chirurgici di natura plastica, salvo quelle rese necessarie per ricostruzioni post traumi o per contenere il grado di invalidità permanente. Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 100,00 per evento.

ART. 31 - DIARIA DA INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

al 100% per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni . L'indennizzo per inabilità temporanea è riconosciuto per massimo 90 giorni per evento e 180 per anno, comprensivi dei giorni di franchigia previsti e viene effettuato deducendo i giorni di franchigia con le seguenti modalità:

- per diarie assicurate sino a Euro 50:

franchigia di giorni 6 per le classi A-B,

franchigia di giorni 8 per la classe C-D;

- per diarie assicurate da Euro 51 a Euro 100:

franchigia di giorni 8 per le classi A-B,

franchigia di giorni 10 per la classe C-D;

Nel caso in cui l'assicurato trascorra i giorni di franchigia ivi previsti ricoverato in istituto di cura non si procederà alla deduzione dei giorni di franchigia. Nel caso i giorni di ricovero siano inferiori a quelli di franchigia previsti, saranno dedotti i giorni di ricovero dai giorni di franchigia.

Art. 32 – GARANZIA CONTAGIO DA HIV e EPATITI

Qualsiasi fatto accidentale che possa dar luogo a un contagio potenziale da Hiv e Epatiti di tipo B o C, deve essere segnalato alla Compagnia entro 7 giorni mediante lettera Raccomandata.

Art. 32.1 - In caso di sinistro relativo alle garanzie di Morte o Invalidità Permanente, devono essere fornite le seguenti informazioni oltre a quanto previsti al successivi art. 34 delle presenti Condizioni d'Assicurazione:

- descrizione certificata dall'Ente dell'infortunio occorso sul lavoro che ha dato origine al contagio contenente il rapporto di incidente con i nomi di altro personale medico o paramedico presente;
- la prova che nell'incidente sia stata coinvolta una fonte precisa dell'infezione;
- la prova che l'infezione sia da virus HIV, da virus dell'epatite B o da virus dell'epatite C, si sia verificata entro 6 mesi dal fatto accidentale, e che la sierconversione abbia determinato :
- Anticorpi negativi del virus HIV ad anticorpi positivi del virus HIV
- Anticorpi negativi dell'epatite C negativi ad anticorpi positivi dell'epatite C
- Antigeni dell'epatite B negativi ad antigeni dell'epatite B positivi.

L'assicurato deve fornire inoltre evidenza clinica dell'ultimo esame fatto prima dell'incidente e di tutti gli esami effettuati dopo l'evento secondo le procedure interne e secondo quanto previsto da INAIL.

L'Assicurato deve consentire indagini, accertamenti e concedere alla Società l'accesso per poter testare in modo indipendente ai campioni di sangue utilizzati per gli accertamenti al contagio, ritenuti necessari dalla Società stessa sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno effettuato gli stessi accertamenti.

Art. 32.2 - Esclusioni Garanzia Contagio da HIV e Epatiti

Il sinistro non sarà indennizzabile:

- per HIV, epatite B o epatite C contratte con modalità diverse da quelle descritte all' Art.16;
- qualora sia trovata una cura medica per la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o per gli effetti del virus HIV, dell'epatite B o dell'epatite C (a seconda dei casi) o in caso di un trattamento in fase di sviluppo e approvato che renda questi virus inattivi e non infettivi e l'Assicurato si rifiuti di assumere dette cure o decida di non assumere un trattamento medico disponibile anche per la prevenzione dell'epatite B o C subito dopo che sia accaduto il fatto accidentale prima che successivamente vengano accertati definitivamente i contagi che determineranno il sinistro.

Art.32.3 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE PER MORTE E PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA HIV e EPATITI.

Per gli eventi assicurati Morte e Invalidità Permanente da HIV e Epatiti, saranno applicati gli stessi criteri e le franchigie previste per i casi di Morte e Invalidità Permanente degli Infortuni, regolati dagli Artt. 22;23;23Bis e 14 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 32.4 - Cessazione della Copertura per Contagio da HIV e Epatiti

La copertura da Contagio da HIV e Epatiti termina al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- il pagamento dell'importo assicurato per la Garanzia da Contagio da HIV e Epatiti;
- il decesso dell'assicurato;
- la data di scadenza prevista in base alle Condizioni di polizza.

LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di Euro 3.000.000. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte. Relativamente alle Garanzie da contagio da HIV ed Epatiti di cui all'Art.10 delle presenti condizioni, detto esborso massimo è di 800.000 euro.

Art. 33 CONDIZIONI AGGIUNTIVE (valide solo se espressamente richiamate nella scheda di polizza)

33.1 – LIMITAZIONE DELL' ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

A parziale deroga dell'art. 9), l'assicurazione vale esclusivamente per le attività extraprofessionali e quelle legate al tempo libero dell'assicurato.

33.2 - LIMITAZIONE DELL' ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFessionALI

A parziale deroga dell'art. 9), l'assicurazione vale esclusivamente per le attività professionali dell'assicurato.

IN CASO DI SINISTRO

ART. 34- OBBLIGHI DEL CONTRAENTE o ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) entro 7 giorni dalla data dell'infortunio, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;
- b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi;
- c) far pervenire tempestivamente notule, ricevute, fatture, quietanze, ed altri documenti, atti a dimostrare l'entità delle spese effettivamente sostenute per le quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo,

Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;
- b) trasmettere, se esplicitamente richiesto dalla Società e fino a cura ultimata, certificati medici periodici sul decorso dell'infortunio ad intervalli non superiori a 15 giorni.
- c) consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato il presente obbligo spetta ai beneficiari;

Le spese relative ai documenti sono a carico dell'Assicurato.

ART.35 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE

L'assicurazione è valida purché la morte, l'invalidità permanente e le altre prestazioni sanitarie, siano

la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art.31 anche se accertate o avvenute conseguentemente entro 2 anni dalla data dell'infortunio. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono subire all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio sono conseguenze indirette e quindi non sono indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio.

ART. 35.1 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il sinistro e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'atto di liquidazione del sinistro.

OGGETTO DELLE GARANZIE MALATTIA

DESCRIZIONE DELLE GARANZIE MALATTIA (valide se espressamente richiamate nella scheda di polizza)

ART.36. DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

La Società corrisponde la diaria per ogni giorno di degenza in cui un infortunio o una malattia causi all'Assicurato il ricovero in istituto di cura (pubblico o privato) anche in forma di Day Hospital, per la durata massima di 120 gg , per evento e 240 gg per anno.

ART. 37 - DIARIA DA GESSATURA DA MALATTIA

Qualora in conseguenza dell'infortunio o di una Malattia, sia stata applicata una gessatura in Istituto di cura o in ambulatorio, verrà corrisposta la diaria prevista nella scheda di polizza sino alla rimozione delle gessature (vedasi definizione) nel limite massimo di 90 gg per evento e 180gg per anno. Sulla garanzia opera una carenza di 30 gg.

Relativamente alle garanzie di cui agli Artt. 36 e 37 delle presenti Condizioni, la Società corrisponde all'Assicurato la diaria assicurata come prevista nelle "Descrizione delle Garanzie" e Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione, rilasciata dall'istituto di cura, attestante la durata del Ricovero o detenzione delle giornate della gessatura, il primo e l'ultimo giorno verranno complessivamente indennizzati per un solo giorno. In caso di day hospital, la diaria viene indennizzata al 50% di quella assicurata.

Le predette garanzie operano autonomamente se non coincidenti. Operano invece progressivamente nel tempo, per uno solo dei due eventi qualora dovessero coincidere, Ricovero o Gessatura, come specificato nel successivo Art.38, Cumulo Indennizzi.

ART. 38 –CUMULI INDENNIZZI

Le garanzie, relative alle diarie, non costituiscono cumulo tra di loro; se dovessero coincidere le giornate di più diarie, in tutto o in parte, la diaria verrà corrisposta per uno solo dei due eventi, Ricovero o Gessatura, progressivamente nel tempo.

ART. 39 - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e comunque non prima di 60 giorni dalla predetta data , di grado non inferiore al 25% e se questa si verifichi entro un anno dal giorno nel quale la malattia è stata denunciata, verrà liquidato un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, secondo le percentuali seguenti:

% IP Accertata	% IP Liquidata	% IP Accertata	% IP Liquidata
25	5	56	59
26	8	57	63
27	11	58	67
28	14	59	71
29	17	60	75
30	20	61	79
31	23	62	83

32	26	63	87
33	29	64	91
34	32	65	95
Da 35 a 55	35/55 Stessa % accertata	da 66 a 100	100

Sulla garanzia opera una carenza di 60 giorni dalla decorrenza delle garanzie.

ART.40 – ESCLUSIONI INERENTI LE GARANZIE MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura di Ricoveri, Gessature e Invalidità Permanente da Malattia se questi eventi fossero causati da:

- ricoveri o gessature dovuti a malattie preesistenti e diagnosticate prima della decorrenza della polizza;
- ricoveri da purperio o parti in genere;
- invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza dichiarate o meno nel questionario anamnestico allegato per ciascun assicurato, che costituiscono parte integrante della presente assicurazione;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Malattia dell'Assicurato;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- malattie tropicali e Pandemie;
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoiche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione-fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine- acceleratrici, raggi X).

ART. 41- OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve:

a) effettuare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, la denuncia di sinistro ed allegare la o le cartelle cliniche inerenti i Ricoveri, le gessature e i certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e conseguenze della malattia.

b) Trasmettere successivamente certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia.

c) Presentare, trascorsi sei mesi dalla data del certificato attestante la guarigione, un certificato medico con l'indicazione del grado di Invalidità Permanente direttamente residuo dalla malattia.

ART.42 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE

L'assicurazione è valida purché l'invalidità permanente e le altre prestazioni, siano la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art.34 anche se accertate o avvenute conseguentemente entro 2 anni dalla data della malattia. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della Malattia, avvenuta durante il periodo di validità della polizza, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

ART. 42.1 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il sinistro e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'atto di liquidazione del sinistro.

ART. 43 - CONTROVERSIE SU INFORTUNI O MALATTIA – ARBITRATO IRRITUALE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o delle malattie, oppure sul grado di Invalidità Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. 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. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne

riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 44 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

ART. 45 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; **in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

ART. 46 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. i premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.**

ART. 47 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 48 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare 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 c.c. (tranne per quanto previsto dall' art. 18)

ART. 49 - 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, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 50 - Recesso dall'Assicurazione in caso di sinistro.

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere, dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso. Il diritto di recesso non è esercitabile relativamente ai sinistri delle garanzie Malattia.

ART. 51 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno. Anche se il contratto fosse stipulato per una durata poliennale, è facoltà delle parti recedere ad ogni scadenza annuale dell'Assicurazione.

ART. 52 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

ART. 53 - Rinvio alle norme di legge Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ELENCO ATTIVITA' PROFESSIONALI

Il presente elenco ha lo scopo di individuare quale codice attività professionale deve essere riportato sulla scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione (Polizza). Inoltre ha lo scopo di evidenziare, in caso di modifica di attività professionale, l'aggravamento o la diminuzione di rischio ai sensi del punto 18) "Attività diversa da quella dichiarata".

ELENCO CLASSI PROFESSIONALI		
2	Agenti di cambio o di borsa, agenti immobiliari	A
3	Agenti di commercio	A

4	Agenti/ispettori di assicurazione	A
5	Agricoltori che non prendono parte ai lavori manuali	A
7	Albergatori senza prestazioni manuali	A
13	Amministratori	A
14	Analisti chimici	A
16	Antiquari senza restauro -	A
17	Architetti occupati prevalentemente in ufficio	A
23	Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente	A
27	Avvocati e procuratori legali	A
30	Benestanti senza particolari occupazioni - Pensionati	A
39	Casalinghe	A
46	Clero (appartenenti al)	A
47	Commercialisti	A
48	Commessi viaggiatori-rappresentanti, senza trasporto e consegna merce -	A
50	Concessionari auto-motoveicoli	A
53	Dirigenti occupati solo in ufficio	A
56	Disegnatori occupati solo in ufficio	A
73	Fotografi solo in studio	A
77	Geometri occupati solo in ufficio	A
82	Giornalisti (cronisti, corrispondenti)	A
90	Impiegati amministrativi in genere (non soggetti INAIL)	A
92	Imprenditori in genere che non lavorano manualmente	A
96	Ingegneri occupati solo in ufficio	A
103	Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale	A
106	Istruttori di teoria di scuola guida	A
110	Magistrati	A
117	Mediatori in genere (escluso bestiame)	A
119	Medici e biologi	A
123	Negozi - esercizi commerciali (addetti) - mercerie, pellicce, tessuti	A
124	Articoli in pelle, calzature	A
125	Giocattoli, articoli sportivi	A
126	Cartolerie, librerie, edicole	A
127	Articoli ed apparecchi fotografici , di ottica, e musica, strumenti musicali	A
128	Farmacie e Farmacisti	A
129	Oreficerie, orologerie, gioiellerie	A
130	Rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria	A
131	Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori	A
132	Frutta e verdura, fiori e piante	A
133	Casalinghi, armi	A
135	Elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli: vendita, esclusa la posa in opera	A
142	Notai	A
143	Odontotecnici	A
145	Ostetriche	A
152	Sarti	A
154	Studenti	A
162	Addetti a centri elaborazione dati	A
168	Agenzia di recapito (impiegati)	A
174	Assistenti sociali	A
181	Bambini (0-13 anni)	A
182	Biologi addetti a laboratori di analisi	A
185	Certificatori di bilancio e revisori dei conti	A
190	Diplomatici	A
192	Farmacisti	A
197	Impiegati in agenzie d'affari, di pubblicità e di viaggi	A

201	Liberi professionisti (non medici)	A
205	Pensionati	A
211	Scrittori	A
216	Studenti (sup.13 anni) non di scuola professionale	A

Classi B

8	Albergatori con prestazioni manuali	B
9	Allenatori sportivi	B
10	Allevatori di bestiame che non prestano opera manuale	B
11	Allevatori di equini, bovini, suini	B
18	Architetti occupati prevalentemente all'esterno ma senza accesso ai cantieri	B
20	Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, autoambulanza, auto funebri	B
25	Autisti di taxi e autonoleggio	B
28	Barbieri, parrucchieri da donna	B
31	Bidelli	B
34	Callisti, manicure, pedicure, estetisti	B
35	Calzolai	B
36	Camerieri	B
41	Cave a giorno con o senza uso di mine: proprietari o addetti che non lavorano manualmente	B
51	Corniciai	B
54	Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accessi a cantieri, ponti, impalcature ecc.	B
57	Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro	B
58	Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili	B
60	Domestici	B
64	Enologi ed enotecnici	B
68	Facchini (portabagagli di piccoli colli)	B
72	Floricoltori	B
74	Fotografi anche all'esterno	B
78	Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri	B
80	Giardinieri - Vivaisti	B
83	Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri, guardie forestali	B
87	Idraulici solo all'interno di edifici o a terra	B
88	Imbianchini solo all'interno di edifici e senza l'uso di lunghe scale, impalcature e ponti	B
91	Impiegati tecnici (soggetti INAIL)	B
95	Infermieri diplomati	B
97	Ingegneri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri	B
102	Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, ballo, atletica leggera	B
104	Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale	B
107	Istruttori di pratica (guida) di scuola guida	B
109	Litografi e tipografi	B
111	Magliaie	B
114	Massaggiatori, fisioterapisti	B
115	Materassai	B
118	Mediatori di bestiame	B

134	Ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli	B
136	Articoli igienico -sanitari con installazione	B
138	Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria	B
139	Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie	B
140	Bar, caffè, bottiglierie, proprietari/ addetti a birrerie, enoteche, paninoteche	B
141	Ristoranti, trattorie, pizzerie	B
144	Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)	B
147	Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno	B
149	Restauratori e antiquari (di mobili o non , senza uso di impalcature)	B
151	Riparatori elettro. e computer	B
155	Tappezzeri	B
157	Veterinari	B
159	Vetrinisti	B
163	Addetti agli zoo	B
165	Addetti in imprese di pulizia senza uso di impalcature esterne	B
166	Addetti in lavanderia, lavasecco, tintorie e stirerie	B
167	Agenzia di recapito (fattorini)	B
169	Agronomi	B
171	Altri artigiani senza uso di macchine	B
172	Argentieri/doratori	B
173	Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali	B
176	Autisti di ambulanze	B
178	Autisti di taxi, autonoleggio	B
179	Ballerini	B
180	Bambinaie. baby-Bitter	B
187	Conciai	B
188	Custodi/portieri di stabili, alberghi, musei e simili	B
194	Gommisti/vulcanizzatori	B
195	Grafici	B
196	Guide turistiche	B
198	Incisori/coniatori	B
199	Indossatori e modelli	B
200	Insegnanti di nuoto e bagnini	B
207	Restauratori senza uso di impalcature	B
209	Restauratori ed antiquari con restauro di mobili	B
215	Studenti (sup.13 anni) di scuola professionale	B
217	Tipografi	B

Classe C

6	Agricoltori che lavorano manualmente	C
15	Antennisti (installatori di antenne radio-TV)	C
19	Architetti che accedono anche ai cantieri	C
21	Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico.	C
24	Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio ecc.	C
38	Autoriparatore (carrozzeri o meccanici)	C
40	Casari	C
49	Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce -	C
52	Cuochi	C
55	Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc.	C
59	Distributori automatici di carburante (gestori di) con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili	C
61	Elettrauto	C
62	Elettricisti che lavorano solo all'interno di edifici ed a contatto con correnti	C

	a bassa tensione	
66	Fabbri solo a terra	C
69	Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere (portuali, doganali, ecc.)	C
75	Geologi	C
79	Geometri che accedono in cantieri	C
89	Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso impalcature e ponti	C
93	Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori	C
94	Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori	C
98	Ingegneri che accedono anche ai cantieri	C
108	Lattonieri anche su impalcature e ponti o idraulici che lavorano in esterni	C
112	Marmisti (posatore) solo a terra - pavimentatori, piastrellisti	C
116	Operai e lavoratori dipendenti (diversi da impiegati, quadri e dirigenti) con uso di macchine e accesso ad officine, cantieri ponteggi ed impalcature	C
120	Mobilieri: fabbricazione mobili in ferro	C
121	Mobilieri: fabbricazione mobili in legno	C
122	Muratori	C
150	Restauratori e antiquari (escluso mobili e con uso di impalcature)	C
153	Speleologi	C
164	Addetti in imprese di pulizia con uso di impalcature esterne	C
170	Altri artigiani con uso di macchine	C
175	Attrezzisti, macchinisti (settore spettacoli)	C
186	Collaudatori di veicoli e natanti a motore	C
189	Demolitori di autoveicoli	C
193	Fonditori	C
208	Restauratori ed antiquari con restauro con uso di impalcature	C
210	Saldatori	C
212	Scultori/Intagliatori	C
218	Tornitori	C
1	Abbattitori di piante - Boscaioli	C

Classe D

12	Allevatori di altri animali	D
22	Autisti di autocarri e motocarri con carico e scarico	D
26	Autisti di autobus, autocarri e motocarri, autisti di ambulanza	D
37	Carpentieri in legno o ferro	D
42	Cave a giorno: proprietari o addetti che lavorano manualmente	D
63	Elettricisti che lavorano anche all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione	D
67	Fabbri anche su impalcature e ponti	D
70	Falegnami	D
86	Guardie notturne, giurate, guardie armate, portavalori, investigatori privati, guardie del corpo	D
113	Marmisti anche su impalcature e ponti	D
148	Pescatori (pesca marittima costiera)	D
158	Vetrai	D
177	Autisti di autobus, autocarri, motocarri	D
999	Professione non disponibile	RD

GLOSSARIO

Definizioni

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni dall'inizio della efficacia della polizza durante i quali il Piano Assicurativo non è efficace relativamente agli eventi derivanti da Malattia e Perdita di Impiego. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato . Può essere espressa, secondo le garanzie, in valore assoluto o in percentuale.

Gessatura: tutela fissa esterna, costituita da fasce, gesso, resine o materiali equivalenti, tutori o altri immobilizzatori mantenuti continuamente da parte dell'Assicurato e non temporaneamente rimovibile dallo stesso.

Immobilizzazione Totale: Giornate di immobilizzazione totale su disposizione di Pronto Soccorso o di Istituto di cura, a seguito di traumi o contusioni che abbiano interessato il capo, la colonna dorsale, la cassa toracica, il bacino o gli arti, con esclusione delle lesioni al collo, tali da non permettere la immobilizzazione della parte traumatizzata con gessature oppure a seguito di immobilizzazione tramite: busti, tutori o altri immobilizzatori anche amovibili da parte dell'assicurato.

Inabilità Temporanea: ogni giorno in cui un infortunio causi l'incapacità fisica totale o parziale dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortuni: eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producono lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni determinate da sforzi esclusi gli infarti e le ernie; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Infortunio Professionale: quello avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato.

Infortunio extraprofessionale: quello avvenuto durante l'attività non professionali e il tempo libero.

Invalità Permanente (sia da Infortunio che da Malattia): la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo.

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Punti di sutura: Punti praticati in Pronto Soccorso, Istituto di cura o Ambulatorio a seguito di tagli, lacerazioni e similari.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, o il ricovero in forma di Day-Hospital.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

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

Società: CF Assicurazioni S.p.A.

Si rinvia al sito internet della Società, www.cfassicurazioni.com per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.