



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

INFORTUNI

POLIZZA EMIL BANCA ORI

Mod.005.2015.ORI

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione;**
- c) Proposta di Assicurazione ,**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa



NOTA INFORMATIVA RESA DA CF ASSICURAZIONI S.p.A. IN RELAZIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA.

la presente nota informativa è aggiornata al 01.05.2015

la presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

Articolo 1- INFORMAZIONI GENERALI

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com Capitale sociale 33.000.000 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. IVASS (già 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.

Articolo 2- Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Dati al 31.12.2014 - CF Assicurazioni S.p.A. ha :

- un patrimonio netto pari a 23.781 milioni di Euro, con un Capitale Sociale di 33 milioni di euro e Riserve patrimoniali pari a 0,046 milioni di euro;
- un indice di solvibilità di 7,761, riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto può essere ricorrente con tacito rinnovo. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.24 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 3- Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto di assicurazione stipulato, nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, garantisce all'assicurato il pagamento di un indennizzo per Lesioni e rimborsi spese da infortuni come da Art. 2, 3, 11, 12 e 13.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza massimali. Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli Artt. 2, 3 e 13 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 4: Dichiarazioni del Contraente in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA: 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. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.18 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni contenute nella scheda di Proposta, devono essere veritiere e sottoscritte nella Proposta stessa.

Articolo 6 - Premi

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 di pagamento. Il frazionamento è annuale.

AVVERTENZA: La polizza non prevede sconti.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari e dovrà essere effettuato per tutte le rate qualora il premio sia stato eventualmente frazionato.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI addebito in conto

Articolo 7- Adeguamento del premio e delle somme assicurate.

La polizza non prevede alcuna forma d'indicizzazione o adeguamenti né relativamente al premio né alle somme assicurate.

Articolo 8 - Diritto di recesso.

AVVERTENZA: Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto, relativa al periodo di assicurazione non corso. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.23 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 9- Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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.

Articolo 10 -Legge applicabile al contratto

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 11- Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sugli infortuni, malattia e perdita d'impiego, al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Detraibilità fiscale dei premi

Relativamente ai Premi della garanzia Morte e Invalidità Permanente da infortunio, se quest'ultima prevede almeno il 5% di franchigia, a condizione che l'Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fiscalmente a suo carico, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

In particolare, ai sensi della legge 124/2013, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare) a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni infortuni versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione fino ad un importo massimo di 42,00 euro.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

Articolo 12 - Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri.

Per aspetti di dettaglio si rinvia all' art. 15 delle Condizioni di Assicurazioni.

L'Assicurato deve consentire alla Società tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari ai fini dell'accertamento del danno. Laddove la Società dovesse richiedere ulteriore documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) le spese relative ai documenti richiesti sono a carico dell'Assicurato.

Con riferimento alle procedure liquidative si rinvia per aspetti di dettaglio all'art.16 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 13 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Viale Erminio Spalla n. 9, 00142 Roma

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,**
- e dovranno essere inviati all'Ufficio Legale- Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma -

I reclami indirizzati all'IVASS 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 descrizione del motivo di lamentela;**

- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;**
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.**

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm>). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Articolo 14 – Arbitrato

AVVERTENZA: Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla necessità delle spese sanitarie successivamente sostenute e assicurate, 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.

AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO

Definizioni

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;

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 comprese attività di studio.

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

Lesione: Fratture o traumi certificati da cartelle cliniche o referti medici con relative prove sanitarie quali lastre, eografie, risonanze e similari.

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.

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.

CF Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

CF Assicurazioni S.p.A.
Il Direttore Generale
Marco Mordini



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

ART. 1 - ASSICURAZIONE DA LESIONI DA INFORTUNIO AD INDENNIZZO FORFETTARIO

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni in base alla "Tabella indennizzi" di cui al successivo Art.13 "DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO FORFETTARIO" e in base alla Somma Assicurata massima Liquidabile.

Condizioni Aggiuntive

Art. 2 - 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 1.500,00 per anno e per evento.

ART. 3 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società assicura e rimborsa a forfait, la somma di 500 euro per evento ed anno assicurativo, **a seguito di Infortunio indennizzabile a fronte della garanzia LESIONI di cui all'Art.1** per:

- a) cure fisioterapiche;
- b) gli onorari di baby-sitter o infermiere domiciliare reso necessario da infortunio e dalla impossibilità dei genitori di assistere al 100% il minore per impegni di lavoro;
- c) rimborsi spese per un familiare di assistere il minore ricoverato in struttura posta ad oltre 30 chilometri dal domicilio, relativi a strutture alberghiere o similari,

Le predette spese saranno rimborsate a forfait purché prescritte dai medici le cure o autocertificate dai genitori del minore infortunato le situazioni.

OGGETTO DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 4- GARANZIE PRESTATE

L'assicurazione è operante su minore di età da 0 a 18 anni e vale per:

- gli infortuni professionali intesi anche come attività di studio, sono pertanto garantite tutte le attività professionali ad esclusione di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo.

- gli infortuni extraprofessionali e avvenuti durante il tempo libero,

che producano lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza una lesione tra quelle elencate al successivo Art.13 ed eventuali necessità di cure seguenti.

Il raggiungimento o superamento della maggiore età non causa risoluzione contrattuale o il venir meno delle garanzie prestate.

ART. 5 Limiti Territoriali-

Le garanzie operano in tutto il mondo. La valutazione delle lesioni 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 dell'Ufficio Italiano Cambi della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o l'assorbimento di sostanze (compresi avvelenamenti e lesioni da contatto con sostanze corrosive);
- quelli subiti a seguito di malore o incoscienza;
- i colpi di sole e di calore;
- l'annegamento;
- il congelamento e l'assideramento;
- le punture di insetti e i morsi di animali ;
- 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:

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

- 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.;
- 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. 6 - 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. 6.1 - La copertura inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

ART. 6.2 - La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza:
-ha durata inferiore ad un anno.

ART. 7 - 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.

ART. 8 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente assicurazione è 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. 9- 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. 10 - 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.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART. 11 - ASSICURAZIONE DA LESIONI DA INFORTUNIO AD INDENNIZZO FORFETTARIO.

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 DI INDENNIZZO - TIPOLOGIA DI LESIONE : Indennizzi liquidabili** " all'Art.13 "DETERMINAZIONE DEL DELL'INDENNIZZO FORFETTARIO".

Art. 12 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.13 "DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO FORFETTARIO", il limite massimo di indennizzabilità non potrà superare Euro 80.000,00 per anno assicurativo, come da scheda di polizza.

Art. 13 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

TABELLA DI INDENNIZZO - TIPOLOGIA DI LESIONE : Indennizzi liquidabili

Somma Assicurata massima Liquidabile	80.000
LESIONI APPARATO: SCHELETRICO CRANIO	
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	900
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	900
FRATTURA LEFORT I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	1.400
FRATTURA LEFORT II O III (non cumulabili tra loro n con LEFORT I)	2.800
FRATTURA ETMOIDE - FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	300
FRATTURA OSSA NASALI	300
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	1.400
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	2.500
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4.200
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II VERTEBRA	4.250
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I -VETEBRA	4.250
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2.150
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	4.250
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA XII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	300
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	300
FRATTURA CORPO CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	4.250
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	4.250
FRATTURA CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	300
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	1.750
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	1.750
COCCIGE	

FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	1.750
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	1.400
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	3.550
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	300
FRATTURA STERNO	1.400
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	300
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	300
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	300
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (Delimitata dal collo chirurgico)	2.850
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (Delimitata dalla linea ideale che unisce TROCLEA E CAPITELLO)	2.850
AVAMBRACCIO	
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSIT RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	1.750
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	2.500
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	1.750
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	300
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	4.250
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	1.400
FRATTURA SEMILUNARE	100
FRATTURA PIRAMIDALE	100
FRATTURA PISIFORME	100
FRATTURA TRAPEZIO	100
FRATTURA TRAPEZOIDE	100
FRATTURA CAPITATO	100
FRATTURA UNCINATO	100
FRATTURA I METACARPALE	900
FRATTURA II O III O IV O V METACARPALE	100
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	3.550
INDICE	2.150
MEDIO	300
ANULARE	300
MIGNOLO	100
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	1.750
INDICE	300
MEDIO	300
ANULARE	300
MIGNOLO	100
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	300
MEDIO	300
ANULARE	300
MIGNOLO	100
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	1.400
EPIFISI PROSSIMALE (PROTESI D'ANCA)	6.400
EPIFISI PROSSIMALE NON PROTESIZZATA	1.750
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratroclease)	1.750
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	900
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	2.150
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	1.400
FRATTURA PERONE	

ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	1.400
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA E SCOMPOSTA	1.750
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	2.500
FRATTURA CALCAGNO	2.850
FRATTURA SCAFOIDE	300
FRATTURA CUBOIDE	1.400
FRATTURA CUNEIFORME	300
METATARSI	
FRATTURA I METATARSALE	1.400
FRATTURA II O III O IV O V METATARSALE	300
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I o II Falange)	100
FRATTURA I o II o III FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	50
LESIONI DENTARIE	
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	50
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	50
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	50
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	50
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	25
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	25
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	25
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente) 5	25
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	25
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	25
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	1.750
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	3.550
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	4.250
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
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3.550
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	10.650
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	9.000
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	35.000
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	9.000
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	4.250
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	5.250
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	9.000
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	900
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	1.750
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	7.100
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	7.100
PATELLECTOMIA TOTALE	5.250
PATELLECTOMIA PARZIALE	1.400
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.000
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	5.250
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	9.000
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELA SUPERFICIE CORPOREA	11.700
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	2.250
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2.250
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2.150
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente)	3.550
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente)	3.550
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)	1.400
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	2.150
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	2.150
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	2.150
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	2.150

LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	3.550
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	1.750
LUSSAZIONE MF O IF 2 - 3 - 4 - 5 DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)- valore massimo per ogni dito-	300
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	1.750
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	3.550
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	1.400
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II O III O IV O V DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	100
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5.250
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)- non cumulabili tra loro-	3.550
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	300
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	1.750
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2.850
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE	21.500
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	18.000
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	14.200
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	10.650
AMPUTAZIONE 2 DITA	5.250
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	5.250
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI ALTRE DITA	1.750
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	4.250
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE ALTRE DITA	1.000
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DITA LUNGHE	2.150
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	21.500
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA MET DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	21.500
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	21.500
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	18.000
PERDITA DI UN PIEDE	18.000
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	9.000
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	35.000
PERDITA DELL'ALLUCE	5.250
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	2.500
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	100

Art. 14 - 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.

IN CASO DI SINISTRO

ART. 15 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE o ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato devono:

a) entro 10 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.;

Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;
- b) fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) e consentire indagini, accertamenti 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.16 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE

L'assicurazione è valida le Lesioni e le altre prestazioni sanitarie, siano la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art.15 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. Ricevuta tutta la documentazione e definito l'indennizzo, la Società entro 30 giorno provvederà al pagamento del sinistro.

ART. 17 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio, oppure sulla necessità delle prestazioni post Infortunio, 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. 18 - 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. 19 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal 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. 20 - 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 30° 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. 21 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 22 - Aggravamento o diminuzione del rischio

Vista la natura delle garanzie prestate e i soggetti assicurati Il Contraente è esentato dal comunicare eventuali aggravamenti o diminuzione dei rischi ai sensi dell'art. 1897 e 1898 c.c.

ART. 23 - 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.

ART. 24 - 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. 25 - Oneri fiscali

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

ART. 26 - Rinvio alle norme di legge

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