

SaraDefender 07/2018

il contratto di assicurazione per gli infortuni

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa comprensiva di glossario
- b) Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Modello 60SD edizione 07/2018



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco



La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP
ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

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

Per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società www.sara.it

Informazioni relative all'Impresa

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI.
Tel. +39 06 8475.1 -FAX +39 06 8475223 -Sito Internet: www.sara.it -Indirizzo e-mail: info@sara.it - Indirizzo PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016

- Patrimonio netto: **563.015.604**
- Capitale sociale : **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: **447.971.297**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **2,39** tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Informazioni specifiche sul contratto

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali.

Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.

Durata del contratto

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza; il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile. Art. 5.4 "Proroga dell'assicurazione", della normativa di polizza.

La durata del contratto può essere annuale o poliennale (durata pari o superiore ad anni due).

Il contratto può avere durata annuale ovvero poliennale con il massimo di anni 5, non rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c. con riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza.

Se la durata del contratto è poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza contrattuale pattuita con preavviso di 30 giorni con le modalità di cui all'art. 5.4 Proroga dell'assicurazione. La disdetta avrà effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di disdetta è stata esercitata, senza oneri a carico dell'Assicurato.

SEZIONE GARANZIE INFORTUNI

Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

- Morte Art. 1.8
- Invalità permanente Art. 1.9
- Invalità permanente grave Art. 1.11
- Rimborso spese di cura da infortunio Art. 1.13
- Ricovero e convalescenza Art. 1.14
- Indennità di apparecchio gessato Art. 1.15
- Inabilità temporanea Art. 1.16
- Rendita vitalizia Art. 1.18

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli Artt. 1.5 Rischi esclusi dall'assicurazione, 5.1 Persone non assicurabili, 5.3 Pagamento del premio, 5.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 5.6 Altre assicurazioni, 5.7 Aggravamento del rischio – Cambiamento dell'attività professionale, 5.10 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, Condizione particolare F Rischi extraprofessionali, G Rischi professionali, H Malattie professionali, I Radiologo con rischio radiazioni, L Archeologo che partecipa a scavi nell'ambito della Comunità europea, della normativa di polizza.

La polizza prevede la presenza di franchigie, scoperti, sottolimiti e massimali agli Artt. 1.6 Lesioni speciali – Ernie traumatiche e Rotture sottocutanee del tendine , 1.10 Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalità permanente , 1.11 Invalità permanente grave, 1.13 Rimborso spese sanitarie, 1.14 Ricovero e convalescenza, 1.15 Indennità di apparecchio gessato, 1.16 Inabilità temporanea, 1.17 Franchigia assoluta e differenziata sulla Inabilità temporanea, 1.18 Rendita vitalizia, Condizioni particolari: B1 Forma con franchigia iniziale del 5% , B2 Forma con esclusione della franchigia iniziale, E Rischi sportivi particolari e nelle Condizioni speciali, della normativa di polizza.

Nella normativa di polizza non è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Esempio di liquidazione indennizzo:

Garanzie prestate:

Invalità Permanente (IP) somma assicurata € 150.000,00 , formulazione con franchigia iniziale standard del 3% : (franchigia 3% sui primi € 250.000 di somma assicurata; franchigia 10% sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 fino ad € 600.000, oltre i € 600.000 franchigia 15%. La franchigia si elimina per IP > 20%. e se IP => 65% = 100%. di IP, Art.1.10)

Inabilità Temporanea (IT) somma assicurata € 55,00 (7 giorni di franchigia sulla parte di somma assicurata non eccedente € 50 ; 15 giorni di franchigia per la parte di somma assicurata eccedente € 50 Art. 1.17)

Rimborso Spese Sanitarie somma assicurata € 10.000,00 (scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 75 per le prestazioni rientranti nell'elenco di cui all'art. 1.13, non effettuate durante ricovero)



Si verifica un **sinistro** indennizzabile a termini di polizza cui consegue:

- no ricovero
- un'invalidità permanente totale accertata del 23%;
- un'inabilità temporanea totale quantificata in 20 giorni,
- spese per prestazioni sanitarie fuori ricovero per un totale di € 8.500,00.

L'ammontare dell'indennizzo spettante sarà così di seguito composto:

Invalidità permanente:

€ 1.500 (150.000/100) x 23 punti di IP (no franchigia per IP=>20%) = **€ 34.500**

Inabilità temporanea:

per la parte di somma assicurata non eccedente € 50,00 (7 gg di franchigia): 20 giorni – 7 giorni = 13 giorni x € 50 = € 650

per la parte di somma assicurata eccedente € 50,00 (15 gg di franchigia): 20 giorni -15 giorni = 5 giorni x € 5 = € 25

Totale indennizzo per Inabilità temporanea: **€ 675**

Rimborso Spese Sanitarie:

Totale indennizzo per Rimborso spese sanitarie (scoperto 20%) **€ 6.800**

TOTALE: € 41.975

Liquidazione dell'indennizzo

Il sinistro (vedi definizione sul Glossario) insorge per la garanzia Morte al momento del decesso dell'assicurato, o nel caso in cui il corpo dell'assicurato non venga ritrovato non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli Artt. 60,62 c.c. ; per la garanzia Invalidità permanente e per la Rendita vitalizia con lo stabilizzarsi dei postumi ai quali residua un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza, vedi Allegato 1 Tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente da infortunio, nella normativa di polizza; relativamente alle garanzie Inabilità temporanea, Rimborso spese di cura, Ricovero e convalescenza, Indennità di apparecchio gessato, nel momento in cui si avverano le condizioni descritte in polizza relativamente alle su dette garanzie.

Sono previste in polizza modalità e termini per la denuncia del sinistro, regolati all' art. 5.10 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale.

L'Assicurato o in caso di morte i beneficiari, devono sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Art. 5.10 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza. In caso di presenza di postumi di Invalidità permanente potrebbe essere richiesto all'assicurato di sottoporsi a visita medica. Non sono previste spese a carico dell'assicurato per l'accertamento del danno fatta eccezione di quelle per l'eventuale acquisizione della cartella clinica (ove richiesta) che rimangono a carico dell'assicurato.

Relativamente alla liquidazione dell'indennizzo si rimanda agli artt. 1.7 Criteri di indennizzabilità, 1.12 Anticipo indennizzo, 5.10 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale.

Aggravamento, diminuzione del rischio – cambiamento dell'attività professionale

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento (con particolare riferimento al cambio di attività professionale dichiarata) e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c. Artt. 5.7, 5.8 della normativa di polizza.

A titolo di esempio, nel prodotto Saradefender, circostanza di aggravamento/diminuzione del rischio è la variazione di attività lavorativa. Artt. 5.7, 5.8 della normativa di polizza.

SEZIONE GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Coperture assicurative offerte- limitazioni ed esclusioni

Invalidità permanente da malattia Art. 4.1

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli Artt. 4.2 Rischi esclusi dall'assicurazione, 5.1 Persone non assicurabili, 5.3 Pagamento del premio, 5.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 5.6 Altre assicurazioni, 5.10 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza.

La polizza prevede la presenza di franchigie, scoperti, sottolimiti e massimali agli Art. 4.1 Invalidità permanente da malattia, della normativa di polizza. Nella normativa di polizza non è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Esempio di liquidazione indennizzo:

Somma assicurata per Invalidità permanente (IPM) € 100.000,00

Postumi accertati di Invalidità permanente da malattia pari al 30% (franchigia fissa pari al 24%: IPM pari o inferiori al 24% non danno diritto all'indennizzo)

Calcolo indennizzo: sulla base della Tabella di cui all'art. 4.1 della normativa di polizza il 30% di postumi permanenti da diritto al 20% del capitale assicurato; pertanto l'indennizzo è pari al 20% della somma assicurata di € 100.000,00 = € 20.000,00

Periodi di carenza contrattuale

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le malattie;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione;
- del 30° giorno successivo quello di effetto del contratto per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio ma soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.



Qualora il contratto venga emesso in sostituzione di un precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già comprese in detto precedente contratto e fino alla concorrenza delle somme assicurate in esso previste, i termini di carenza sopra indicati decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nel contratto precedente. Art. 4.3 Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa, della normativa di polizza.

Aggravamento, diminuzione del rischio

Per questa garanzia non è previsto aggravamento o diminuzione del rischio.

Liquidazione dell'indennizzo

Per la garanzia Invalidità permanente da malattia il sinistro insorge con lo stabilizzarsi dei postumi ai quali residua un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza; i postumi non dovranno essere inferiori al 25% (la garanzia prevede una franchigia del 24%), valutati secondo l'allegato n° 2 "Parametri indicativi per la valutazione dell'invalidità permanente da malattia" della normativa di polizza.

L'accertamento del grado di invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia di sinistro e facendo riferimento ai criteri esposti nella normativa di polizza nell'allegato n°2 "Parametri indicativi per la valutazione dell'invalidità permanente da malattia". Art. 4.1 della normativa contrattuale. L'Assicurato o in caso di morte i beneficiari, devono sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Art. 5.10 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa di polizza. Potrebbe essere richiesto all'assicurato ai fini dell'accertamento del danno di sottoporsi a visita medica. Non sono previste spese a carico dell'Assicurato per l'accertamento del danno fatta eccezione di quelle per l'eventuale acquisizione della cartella clinica (ove richiesta) che rimangono a carico dell'assicurato.

Sono previste in polizza modalità e termini per la denuncia del sinistro, regolati all' art. 5.10 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale.

Relativamente alla liquidazione dell'indennizzo si rimanda all'art. 4.1 della normativa contrattuale.

SEZIONE TUTELA LEGALE E ASSISTENZA

SEZIONE ASSISTENZA

Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La sezione Assistenza contiene le seguenti coperture assicurative:

Prelievo campioni a domicilio, Invio medicinali a domicilio, Invio di una collaboratrice domestica, Cure fisioterapiche, Trasporto in ambulanza, Rimpatrio sanitario, Assistenza ai familiari.

Per gli aspetti di dettagli si rinvia, in ogni caso, agli Artt. 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5, 2.4.6, 2.4.7, della normativa di polizza.

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli Artt. 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5, 2.4.6, 2.4.7, 2.4.8 della normativa di polizza.

Liquidazione dell'Indennizzo

Relativamente al ramo Assistenza la gestione dei sinistri è stata affidata ad ACI GLOBAL S.p.A. con sede sociale in Roma (RM) - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/A, 00156 - e sede secondaria in Milano (MI) - Viale Sarca n. 336, 20126. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla "Premessa" delle norme relative alle garanzie Assistenza contenute nella Sezione 2.

Per ottenere assistenza l'Assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Struttura Organizzativa di Aciglobal ai numeri indicati nella normativa di polizza.

Esempio di liquidazione di Indennizzo

Garanzia prestata: Rimpatrio sanitario

Massimale: € 5.000,00; si verifica un sinistro indennizzabile a termini di polizza cui consegue:

Richiesta Rimpatrio Sanitario: € 7.000,00;

Importo rimborsabile: € 5.000,00.

L'eccedenza di € 2.000,00 rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE TUTELA LEGALE

Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La Sezione Tutela Legale prevede le seguenti coperture assicurative:

A) Tutela legale per recupero danni alla persona (sono escluse le spese per eventuale assistenza peritale)

B) Tutela legale e peritale completa

- Assistenza per recupero danni subiti dall'Assicurato ad opera di terzi
- Difesa penale per reato colposo o contravvenzione
- Prestazioni di periti valutatori, ingegneri del traffico, medici legali
- Spese di soccombenza
- Spese sostenute in caso di transazione autorizzata dalla Società
- Assistenza legale nelle procedure di fronte all'INAIL

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia, in ogni caso, all'art. 3.1 "Oggetto dell'Assicurazione" e 3.2 "Eventi per i quali è prestata l'Assicurazione".

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli Artt. 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 della normativa di polizza.

Liquidazione dell'indennizzo

Si richiama l'attenzione sulla presenza di obblighi a carico del Contraente - Assicurato relativamente alle modalità e termini per la denuncia del sinistro. Tali obblighi sono dettagliati agli articoli 3.5 e 3.6 della normativa di polizza.

Esempio di liquidazione dell'Indennizzo:

Massimale per tutte le prestazioni di Tutela Legale garantite: € 5.000 (per Sinistro e senza limite annuo).

Spese legali: € 4.000,00;

Spese peritali: € 2.000,00;

Totale oneri: € 6.000,00.



Importo rimborsabile: € 5.000,00.

L'eccedenza di € 1.000,00 rimane a carico dell'Assicurato

Aggravamento, diminuzione del rischio

Per questa garanzia non è previsto aggravamento o diminuzione del rischio.

TUTTE LE SEZIONI

Dichiarazione del contraente e/o assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Art. 5.5 della normativa di polizza. Si richiama anche l'Art. 5.6 Altre assicurazioni, della normativa di polizza. Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia **SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI RISPONDERE IN MANIERA PRECISA E VERITIERA ALLE DOMANDE POSTE SUL QUESTIONARIO ANAMNESTICO.**

Premio

Il premio di polizza è annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali verso aumento del 3% o mensilmente (solo in caso di pagamento mediante utilizzo dell'Addebito Diretto SEPA) con applicazione di un aumento del 5%.

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità;
 - b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
 - c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
 - d) utilizzo dell'Addebito Diretto SEPA, quale servizio di incasso del credito per premi basato su di un'autorizzazione continuativa conferita dall'Assicurato debitore alla propria Banca di accettare gli ordini di addebito provenienti dalla Società creditrice. Qualora il pagamento avvenga con questa modalità, in luogo della quietanza, tra la Società e il Contraente farà fede la documentazione contabile bancaria dell'addebito SDD, che attesterà l'avvenuto pagamento della rata di premio per il periodo da essa coperto, salvo buon fine dell'addebito medesimo.
 - e) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia
- Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento. Capitolo 6 Condizioni particolari punto A), della normativa di polizza.

L'adeguamento non si applica alle garanzie Assistenza.

Altre assicurazioni

L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente e/o assicurato, **prima della conclusione del contratto**, deve comunicare, per iscritto, alla Società l'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto. Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento alla stipulazione di altre assicurazioni **successive alla conclusione del contratto**. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile

Diritto di recesso

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. Art. 5.11 Disdetta in caso di sinistro, della normativa di polizza.

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 rischio non corso.

Tale disposto però non è applicabile per la garanzia Invalidità permanente da malattia qualora inserita in polizza. In caso di disdetta da parte della Società nei termini su indicati, la garanzia Invalidità permanente da malattia, verrà mantenuta sino alla fine pattuita del contratto.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di 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 Codice Civile.

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180, del D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato. In tal caso il diritto sostanziale applicabile, in caso di controversia, sarà quello della legislazione prescelta.

Regime fiscale

Il contratto prevede le garanzie per le quali il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Infortuni 2,50%
- Malattia 2,50%
- Assistenza 10%
- Tutela legale 21,25%



Arbitrato

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Art. 5.12 della normativa di polizza.

In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa Direzione Affari Legali e Societari – Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma – Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it. L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà 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 ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/financeservices/retail/finnet/index_en.htm

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie con le modalità di seguito indicate:

- **Conciliazione paritetica:** Le controversie che possono essere trattate mediante la conciliazione paritetica sono quelle relative a sinistri r.c.auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 euro. Può attivare la conciliazione paritetica il consumatore che abbia presentato una richiesta di risarcimento del danno all'impresa e non abbia ricevuto risposta, oppure abbia ricevuto un diniego di offerta, oppure non abbia accettato, se non a titolo di acconto, l'offerta di risarcimento dell'impresa. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzandole una richiesta di conciliazione, utilizzando il modulo che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei consumatori e dell'ANIA, ed allegando copia della documentazione in suo possesso (richiesta di risarcimento, modulo CAI ed eventuale risposta dell'impresa). La procedura non comporta costi per il consumatore fatta salva l'eventuale iscrizione all'Associazione a cui conferisce il proprio mandato. Maggiori informazioni sulla procedura di conciliazione paritetica e sulle modalità per accedervi possono essere trovate sul sito della Sara (www.sara.it), sui i siti delle Associazioni dei consumatori aderenti all'accordo e sul sito dell'ANIA (www.ania.it).

- **negoziiazione assistita:** la negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio

- **mediazione:** è un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli sotto indicati, eventuali aggiornamenti verranno pubblicati sul sito.

Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.com)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)



GLOSSARIO

- Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- Assistenza:** l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;
- Beneficiario:** gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
- Centrale Operativa:** vedi capitolo Sezione Assistenza;
- Contraente:** il soggetto che stipula il contratto;
- Domicilio:** il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale (anche se non ivi residente);
- Franchigia:** la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
- Gessatura:** l'apparecchiatura per immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico;
- Inabilità Temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- Indennizzo / indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;
- Intervento chirurgico:** intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia;
- Invalità permanente:** la perdita definitiva, a seguito di infortunio o malattia - in quest'ultimo caso limitatamente a quanto previsto alla sezione 4) "Invalità permanente da Malattia" - in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- Istituto di cura:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- Malformazione / difetto fisico:** ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;
- Massimale:** la somma entro la quale la Società presta la garanzia;
- Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
- Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- Ricovero:** la degenza comportante pernottamento in istituto di cura esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche
- Ricovero diurno (Day-Hospital):** la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro;
- Scoperto:** l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato;
- Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- Sport estremi :** sport di estrema difficoltà ai limiti delle leggi fisiche e/o della sopportazione del corpo umano.
- Stato patologico:** ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio;
- Struttura Organizzativa:** la struttura di ACI Global S.p.A., con sede sociale in via Stanislao Cannizzaro 83/A, 00156 Roma e con sede secondaria in Viale Sarca 336, 20126 Milano, costituita da: responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, e che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con SARA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di SARA stessa, le Prestazioni di Assistenza previste nella garanzia Assistenza.
- Società:** SARA assicurazioni spa;
- Tutela legale:** l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del d.Lgs 209/05 artt. 163,164,173,174 e correlati
- Viaggio:** lo spostamento dell'Assicurato dal proprio domicilio o soggiorno ad oltre 50 Km dal comune di domicilio o soggiorno.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, la durata del contratto ed il recesso delle parti.

Sara Assicurazioni Spa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

Il Direttore Generale




Pagina lasciata intenzionalmente in bianco



SaraDefender

Condizioni di Assicurazione

Modello 151IM edizione 07/2018



INDICE

DEFINIZIONI		pag.	3
1) SEZIONE INFORTUNI		pag.	4
2) SEZIONE ASSISTENZA		pag.	8
3) SEZIONE TUTELA LEGALE		pag.	10
4) SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA		pag.	12
5) CONDIZIONI GENERALI		pag.	13
6) CONDIZIONI PARTICOLARI		pag.	15
7) CONDIZIONI SPECIALI		pag.	17
8) ALLEGATI		pag.	18
1) Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio			
2) Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia			
3) Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente specifica			
4) Elenco delle attività professionali			



DEFINIZIONI

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

Beneficiario: gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Centrale Operativa: vedi capitolo Sezione Assistenza;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto;

Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale (anche se non ivi residente);

Franchigia: la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;

Gessatura: l'apparecchiatura per immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico;

Inabilità Temporanea: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;

Indennizzo / indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;

Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia;

Invalidità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio o malattia - in quest'ultimo caso limitatamente a quanto previsto alla sezione 4) "Invalidità permanente da Malattia" - in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Malformazione / difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;

Massimale: la somma entro la quale la Società presta la garanzia;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in istituto di cura esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche

Ricovero diurno (Day-Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, nonché cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

Scoperto: l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato;

Sport estremi : sport di estrema difficoltà ai limiti delle leggi fisiche e/o della sopportazione del corpo umano.

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

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio;

Società: SARA assicurazioni spa;

Tutela legale: l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del d.Lgs 209/05 artt. 163,164,173,174 e correlati

Viaggio: lo spostamento dell'Assicurato dal proprio domicilio o soggiorno ad oltre 50 Km dal comune di domicilio o soggiorno.



1) SEZIONE INFORTUNI

Art. 1.1 Rischi assicurati

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

- delle attività professionali principali o secondarie dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

- a) l'asfissia non da origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento od il congelamento;
- e) la folgorazione;
- f) le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- g) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- h) gli infortuni subiti in stato di incoscienza o malore, purché non causati da stupefacenti, allucinogeni od alcolici;
- i) gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- l) gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi indicati nei successivi art. 1.2 "Rischio volo", art. 1.3 "Infortuni determinati da calamità naturali", art. 1.4 "Infortuni causati da guerra, guerriglia, o insurrezione" del presente contratto, nei limiti e con le modalità ivi descritte.

Art. 1.2 Rischio volo

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1.5 "Rischi esclusi dall'assicurazione" del presente contratto, più avanti riportato, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico (o privato) di passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di Aereoclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

Art. 1.3 Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici.

Sono compresi nell'assicurazione anche gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 3.000.000 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

Art. 1.4 Infortuni causati da guerra, guerriglia o insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1.5 "Rischi esclusi dall'assicurazione" del presente contratto, più avanti riportato, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni causati da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione, o da atti di terrorismo che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

Art. 1.5 Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- d) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da suicidio e tentato suicidio;
- f) da guerre (dichiarate e non), guerriglie ed insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 1.4 "Infortuni causati da guerra guerriglia ed insurrezione" del presente contratto;
- g) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- h) da atti di terrorismo verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, in Paesi nei quali erano già in corso, prima dell'arrivo dell'Assicurato, atti di belligeranza (come guerra, anche se non dichiarata, guerriglia, insurrezioni) e/o occupazioni militari.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

- i) di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore; si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" – amatoriali e non – all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali, ad esempio, autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.l.gs. 7 settembre 2005 n.209 e sue successive modificazioni;
- l) dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni attività comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dall'art. 1.2 "Rischio volo" del presente contratto;
- m) dalla pratica di qualsiasi sport costituente per l'Assicurato attività professionale (principale o secondaria) o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta (come ad es. rimborsi spese di natura ricorrente e/o forfetaria, contributi o premi in denaro, benefit, sponsorizzazioni etc.);



n) dalla pratica dei seguenti sport:

bob, sci estremo o acrobatico o sci alpinismo, snow-board fuori pista o acrobatico o estremo, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, salto dal trampolino con sci od idrosci, kite-surf, snowkite, alpinismo o scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado della Scala di Monaco e/o svolti "in solitaria" (cioè progressione su roccia e/o ghiacciaio senza l'assicurazione di un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni comunque compiute sino a livello E.E.A. - Escursionisti Esperti con Attrezzatura compreso dalla Scala delle Difficoltà Escursionistiche, Free-climbing (arrampicata libera o "in solitaria") speleologia, pugilato, football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, atletica pesante, immersioni con autorespiratore, hockey su ghiaccio, salto con l'elastico nel vuoto, down-hill, trial bike e tutti gli sport estremi (vedi definizione) e la partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artistiche, regate oceaniche)

o) partecipazione a corse o gare - e relative prove od allenamenti - ippiche, ciclistiche, sciistiche, di arti marziali, triathlon, organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinate dagli stessi .

Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia, le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione (salvo quanto previsto dal successivo art. 1.6 "Lesioni Speciali" per le ernie) e le lesioni muscolari determinate da sforzi in genere.

Art. 1.6 Lesioni speciali

a. ERNIE TRAUMATICHE

La garanzia comprende le **ernie di origine traumatica**; nel caso in cui l'ernia comporti intervento chirurgico la Società corrisponde una diaria di € 100 per ogni giorno di degenza in istituto di cura (anche in Day-Hospital), con un minimo di € 300 ed un massimo di € 1.000 per sinistro. Qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, la Società riconoscerà i postumi invalidanti fino al 5% della Invalidità permanente totale (senza applicazione della franchigia - ove prevista - sulla prima parte di somma assicurata).

b. ROTTURE SOTTOCUTANEE DEL TENDINE

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale) tendine rotuleo, tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale la Società, derogando all'art. 1.7 "Criteri di indennizzabilità" per la sola garanzia di Invalidità permanente, riconosce un grado di Invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione delle franchigie, ove previste, con il limite massimo di indennizzo di € 6.000. Sono escluse le recidive di precedenti rotture del tendine. L'estensione non è operante per altre garanzie.

c. INDENNIZZO PER INFORTUNI CON LESIONI CONCAUSATE DA PATOLOGIA OSTEOPOROTICA

A parziale deroga dell'art. 1.7, qualora l'Assicurato subisca un infortunio che causi una frattura ossea radiologicamente accertata, per la quale residuo dei postumi permanenti di invalidità concausati da patologia osteoporotica, le cui conseguenze sulla base dell'art. 1.7 non sarebbero indennizzabili, la Società riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione di franchigie, ove previste, con il limite massimo di indennizzo di € 6.000.

Art. 1.7 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di cui all'art. 1.9 "Invalidità permanente" del presente contratto sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Qualora l'Assicurato dovesse decedere, per cause diverse dall'infortunio denunciato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, ma prima che si sia provveduto alla liquidazione dell'indennizzo, la Società liquida agli eredi l'indennizzo che avrebbe liquidato a favore dell'Assicurato.

Se invece l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'infortunio denunciato, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Dovrà pertanto essere prodotta, a cura degli eredi, la copia conforme della cartella clinica completa in caso di ricovero dell' Assicurato o, in mancanza di ricovero, tutta la documentazione medica dalla quale poter valutare l'entità dei postumi permanenti nonché la documentazione comprovante le cause del decesso dell'Assicurato.

In entrambi i casi la richiesta di liquidazione dell'indennizzo da parte degli eredi dovrà essere corredata da documenti notarili (es. testamento, relazione notarile che individui gli eredi dell'Assicurato) o dalla certificazione rilasciata dall'ufficio dall'Anagrafe del Comune di residenza, che consentano di identificare oggettivamente gli eredi e di determinare la quota di indennizzo spettante a ciascuno.

La Società si impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa su indicata.

Art. 1.8 Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità permanente.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Art. 1.9 Invalidità permanente

a. Se l'infortunio ha come conseguenza la Invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

b. Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencate nella "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato 1.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

c. Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella Tabella di cui all'Allegato 1, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella Tabella di cui all'Allegato 1, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- nel caso di menomazioni di uno o più 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 nella Tabella di cui all'Allegato 1 e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in 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.



d. 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 nella Tabella di cui all'Allegato 1 e dei 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.

Art. 1.10 Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- quando l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 20% della totale la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza l'applicazione delle franchigie indicate nelle precedenti lettere a) b) c).**

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Il disposto del presente articolo non trova applicazione per la garanzia di cui al successivo art. 1.11 "Invalidità permanente grave"

Art. 1.11 Invalidità permanente Grave

Qualora venga prescelta la presente garanzia, se l'invalidità Permanente accertata è di grado:

- pari o inferiore al 20% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo;
- compreso tra 21 e 30 punti percentuali, viene corrisposto il 50% del capitale assicurato;
- superiore al 30% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

Nel caso venga prescelta la presente garanzia il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'indennizzo, relativo ad uno o più sinistri, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore del capitale medesimo. La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

Alla valutazione dell'"Invalidità permanente grave" non è applicabile la condizione particolare C) "Rivalutazione delle percentuali di Invalidità permanente" né la condizione particolare D) "Adozione Tabella INAIL".

Art. 1.12 Anticipo indennizzo

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di Invalidità permanente sia stimata pari o superiore al 20%, la Società riconosce, su richiesta dell'Assicurato, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo. Qualora a guarigione avvenuta l'indennizzo dovuto sulla base della invalidità permanente accertata in via definitiva dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "anticipo indennizzo", la Società ha diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

Art. 1.13 Rimborso spese sanitarie

a) Per la cura delle lesioni causate dall'infortunio la Società rimborsa - fino a concorrenza della somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Rimborso spese di cura" - le spese effettivamente sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- visite mediche e specialistiche, consulti;
- medicinali prescritti dal medico curante;
- prestazioni infermieristiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- cure e protesi odontoiatriche rese necessarie da infortunio, con l'intesa che le spese per materiale prezioso e leghe speciali impiegati nella protesi sono rimborsabili fino a concorrenza di € 2.000 mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.

Per le prestazioni sanitarie sopra elencate che non risultino avvenute durante il ricovero (anche diurno) in istituto di cura o durante un intervento chirurgico ambulatoriale, il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto, che resterà a carico dell'Assicurato, pari al 20% delle spese indennizzabili, ed il cui importo in cifra assoluta non potrà comunque essere inferiore a € 75.

Per acquisto di protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici:

la Società, fino alla concorrenza di un importo massimo pari ad € 2.500,00 per annualità assicurativa, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per :

- acquisto apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- acquisto amplificatori acustici;
- acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- acquisto o noleggio di erogatori portatili di ossigeno;
- noleggio di apparecchiature per emodialisi.

L'importo su indicato è da considerarsi aggiuntivo rispetto alla somma assicurata in polizza per la garanzia Rimborso spese sanitarie.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originali della documentazione medica, e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'assicurato, la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

b) In caso di ricovero in ospedale pubblico che comporti almeno due pernottamenti, per il quale l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, viene corrisposta un'indennità sostitutiva di € 50 per ogni giorno di ricovero con il massimo di 100 giorni per sinistro, fermo restando il limite di indennizzo rappresentato dalla somma assicurata che rappresenta il tetto massimo indennizzabile complessivamente per indennità sostitutiva e rimborso spese di cura. Il giorno di dimissione non è indennizzabile. Il pagamento dell'indennità verrà effettuato al termine del ricovero su presentazione di copia conforme all'originale della cartella clinica.



Art. 1.14 Ricovero e convalescenza

Se l'infortunio rende necessario il ricovero in Istituto di cura, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza" :

- per ciascun giorno di effettivo ricovero e per un periodo massimo di 365 giorni, a partire dal giorno stesso del ricovero e fino al giorno antecedente quello della dimissione; in caso di ricovero diurno (Day Hospital) di almeno due giorni consecutivi la Società corrisponderà un'indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera in caso di ricovero.
 - in caso di Convalescenza successiva al ricovero dell'Assicurato in un Istituto di cura, ricovero che sia reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza", fino ad un numero di giorni pari a quello del ricovero, per una durata massima di 150 giorni per annualità assicurativa. Tale disposto non si applica al ricovero diurno (Day Hospital)
- Qualora l'assicurato che si trovi all'estero subisca un infortunio certificato da documentazione del locale pronto soccorso e le condizioni dell'Assicurato, comprovate da documentazione medica, rendano necessario il ricovero e/o un intervento chirurgico nello stato estero in cui l'Assicurato si trova, la somma assicurata prevista in polizza per la presente garanzia si intende maggiorata del 50%. Non sono considerati estero lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di S.Marino, il Principato di Monaco e la Svizzera.
- Ricovero del coniuge non assicurato : qualora sia stata acquistata la garanzia di cui al presente articolo, in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. Non è applicabili al coniuge le garanzie di convalescenza.

Art 1.15 Indennità da immobilizzazione e gessatura

- Se, a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, si renda necessaria l'applicazione di "gessatura", la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Indennità di apparecchio gessato", per una durata massima di 90gg giorni per annualità assicurativa.
L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura; qualora detta indennità sia coesistente con quella prevista al successivo art. 1.16 "Inabilità Temporanea", la assorbe finché coesistente, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, nel periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore.
- In caso di frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura (vedi definizioni) ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita, per una durata massima di giorni 40 per annualità assicurativa. Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione del presente disposto, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole).
- in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche della gessatura e la cui applicazione sia resa necessaria da fratture ossee, lesioni capsulari, o rotture legamentose complete o parziali, che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie, l'indennità di gessatura verrà corrisposta, purché l'applicazione di tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza, da sanitari dell'Istituto di cura; l'indennità verrà corrisposta in questo caso per un numero di giorni pari a quelli prescritti con il massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.

Sono sempre esclusi dalla garanzia i collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), i busti ortopedici, le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco o così detti "molliti" nonché altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli indicati nel presente capoverso.

Art. 1.16 Inabilità temporanea

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Inabilità temporanea":

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività principali e secondarie dichiarate;
 - al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
- L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni per ogni infortunio e non è cumulabile con la garanzia "Indennità di apparecchio gessato"; se coesistenti si applica quanto previsto al precedente art. 1.15.

Art. 1.17 Franchigia assoluta e differenziata sulla Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuato a decorrere:

- dall'ottavo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza per la parte di somma assicurata non eccedente € 50,
- dal sedicesimo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza, per la parte di somma assicurata eccedente € 50.

In caso di infortunio che comporti un ricovero in istituto di cura di almeno tre giorni, la Società corrisponderà l'indennizzo per inabilità temporanea senza applicazione della franchigia di 7 giorni sulla parte di somma assicurata fino ad € 50.

Art. 1.18 Rendita vitalizia

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale, verrà garantito, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità permanente, anche il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente), e con premio a carico della SARA assicurazioni.

L'effetto della polizza emessa da SARA VITA avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di Invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuata dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.



2. SEZIONE ASSISTENZA**Premessa**

SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia si avvale di una Struttura Organizzativa esterna.

SARA per la gestione dei Sinistri relativi alla garanzia Assistenza si avvale di ACI GLOBAL SpA con sede sociale in Roma (RM) - Via Stanislao Cannizzaro n. 83/A, 00156 - e sede secondaria in Milano (MI) - Viale Sarca n. 336, 20126.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa che provvederà all'erogazione delle Prestazioni di Assistenza.

Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione

SARA provvede, per il tramite della Struttura Organizzativa ad erogare le Prestazioni di Assistenza previste nella presente sezione delle condizioni di Assicurazione, consistenti in aiuto tempestivo, fornite all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito rientrante in garanzia.

In forza di una specifica convenzione stipulata tra SARA e AcI Global, in caso di Sinistro sono garantite all'Assicurato le Prestazioni di Assistenza indicate nel successivo articolo Art.2.4 "Rischi Assicurati".

Art. 2.2 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia - Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (limitatamente alla parte europea).

Art. 2.3 Obblighi in caso di sinistro

Per ottenere una Prestazione di Assistenza rientrante tra quelle previste nella presente sezione, l'Assicurato che si trovi in difficoltà durante il periodo di validità della Polizza, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, utilizzando uno dei seguenti numeri:

Numero verde: 800.095.095

Per chi chiama dall'estero: +39.02.66165538

Per fax: +39.02.66100944

L'Assicurato dovrà comunicare:

- il numero di Polizza;
- la Prestazione di Assistenza richiesta;
- il recapito telefonico;
- le proprie generalità complete;
- il luogo in cui si trova al momento della richiesta della Prestazione di Assistenza.

L'Assicurato è tenuto inoltre a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, ogni documentazione comprovante il diritto alle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia. Tutte le Prestazioni di Assistenza comunque devono essere autorizzate dalla Struttura Organizzativa pena la decadenza da ogni diritto.

Le spese conseguenti alle Prestazioni di Assistenza sono a carico di SARA, nei limiti fissati per ogni garanzia, dove espressamente indicato. Negli altri casi sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo suindicato della Struttura Organizzativa o, in alternativa, trasmesse tramite fax.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di Indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

SARA si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella Polizza o dalla legge.

Art. 2.4 Rischi assicurati**Art. 2.4.1 Prelievo campioni al domicilio**

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, sia impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio (come da certificato del medico curante) ed abbia necessità di eseguire esami diagnostici, può richiedere alla Struttura organizzativa l'organizzazione del prelievo a domicilio dei campioni da analizzare, la consegna al centro analisi convenzionato con la Struttura organizzativa e l'invio degli esiti a domicilio.

La Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione delle prestazioni, il costo del personale inviato. Il costo degli esami clinici rimane comunque a carico dell'Assicurato (salvo successivo rimborso ove risultati prescelta la garanzia "Rimborso spese sanitarie" di cui all'art 1.13)

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

Art. 2.4.2 Invio medicinali al domicilio

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, a seguito di prescrizione medica abbia bisogno di medicine e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei farmaci è a carico dell'Assicurato.

La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa.

Art. 2.4.3 Invio di una collaboratrice domestica

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato si trovi presso il proprio domicilio in una condizione tale per cui necessiti una permanenza a letto certificata da prescrizione medica e necessiti di una collaboratrice domestica per sistemare la casa, la Struttura organizzativa provvederà al rimborso all'Assicurato delle spese documentate per il servizio sino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà consegnare alla Società l'originale delle fatture o ricevute di spesa.

La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte nel corso dell'anno assicurativo.



Art. 2.4.4 Cure fisioterapiche

Qualora l'Assicurato che abbia subito un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti, entro i trenta giorni successivi alla data di dimissione o dalla data di rimozione della gessatura, di una delle seguenti cure fisioterapiche, purché prescritte dal medico ospedaliero/curante ed inserita nell'ambito di un unico ciclo di cure:

Masso - kinesi terapia
Elettro-fisioterapia
Fisioterapia radiante
Radar-terapia
Laser-terapia

la Società, previo accordo tra il medico di guardia della Struttura organizzativa ed il Medico curante dell'Assicurato, provvederà, a seconda dei casi, ad inviare un fisioterapista, facente parte della propria rete convenzionata presso il domicilio dell'Assicurato (in Italia) oppure a prenotare le sedute fisioterapiche presso un centro di fisioterapia. Per ogni anno di validità della copertura e per ogni Assicurato, la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio e i costi di trasporto, gli onorari del fisioterapista o comunque il costo della seduta presso il centro di fisioterapia, fino ad un massimo di €1.000. Tale massimale deve intendersi riferito ai costi di trasporto, agli onorari e alle sedute di fisioterapia e per ogni annualità assicurativa.

La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte per anno assicurativo.

Art. 2.4.5 Trasporto in autoambulanza

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Struttura organizzativa invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa.

Il costo eccedente il massimale previsto di € 500, per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.

Art. 2.4.6 Rimpatrio sanitario

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, le condizioni dell'Assicurato che si trovi all'estero, accertate tramite contatti tra i medici della Struttura organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario e possibile il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia od al suo domicilio, la Struttura organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa riterranno più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea, treno, autoambulanza od altro).

La Struttura organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

Il trasporto è organizzato interamente dalla Struttura organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale stessa.

La Struttura organizzativa qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società ha diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.

Art. 2.4.7 Assistenza ai familiari

Qualora l'Assicurato in viaggio in Italia con la famiglia, subisca un Infortunio indennizzabile a termini di polizza che gli impedisca la prosecuzione del viaggio e che ne determini il ricovero in istituto di cura, la Società organizza e dispone per i familiari che viaggiano con lui quanto segue:

- la Società tiene a suo carico le spese di soggiorno e di pernottamento per i familiari fino ad un massimo di tre notti per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;
- **in alternativa, in caso di rientro al domicilio, la Società tiene a suo carico le spese di viaggio dei familiari, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se, il viaggio supera le 6 ore, in aereo (classe economica) per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;**
- in alternativa, in caso della presenza di minori di anni 15 che rimangano soli durante il soggiorno, la Società provvederà ad organizzare il viaggio di un familiare dell'Assicurato, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se il viaggio supera le 6 ore in aereo (classe economica) per permettergli di raggiungere i minori in loco e riaccomagnarli presso il loro domicilio in Italia, tenendo a carico i costi fino ad un massimo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa. Sono escluse le spese del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate. La Società ha diritto di richiedere all'Assicurato, i biglietti di viaggio non utilizzati dai familiari.

Art. 2.4.8 Rischi esclusi dall'assicurazione

Si richiamano le esclusioni di cui agli artt 1.5 "Rischi esclusi dall'assicurazione" della sezione "Infortuni".

Il diritto alle Prestazioni di Assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni di Assistenza, SARA non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni di Assistenza alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto nei confronti di SARA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a SARA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti Prestazioni di Assicurazione saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale Indennizzo all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la Prestazione di Assistenza.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente Sezione di norme che regolano le garanzie assistenza, si applicano le disposizioni di legge.



3. SEZIONE TUTELA LEGALE

L'assicurazione Tutela Legale, disciplinata ai sensi del D.Lgs. 209/05 - Art. 173, è valida se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza e se è stato pagato il relativo premio.

Art. 3.1 Oggetto dell'Assicurazione

- SARA garantisce, nei limiti del Massimale e delle condizioni previste in Polizza, la Tutela Legale dell'Assicurato, nei casi appresso indicati, per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale. Sono compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, e precisamente: le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del Caso Assicurativo anche quando la vertenza venga trattata tramite il coinvolgimento di un Organismo di mediazione; le eventuali spese del legale di controparte nel caso di soccombenza o di transazione autorizzata da SARA;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e dei Periti, purché scelti in accordo con SARA;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia;
- il Contributo Unificato (previsto dal D.L. n. 28/2002, convertito in legge n. 91/2002), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;
- le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
- le spese per indagini per la ricerca di prove a difesa;
- le spese dell'arbitro sostenute dall'Assicurato qualora sia incaricato per la decisione di controversie previste dalla polizza;
- le spese di domiciliazione necessarie, esclusa ogni duplicazione di onorari ed i compensi per la trasferta.

Qualora tali oneri siano posti a carico della controparte, la Società ha diritto al rimborso di quanto eventualmente anticipato.

E' garantito l'intervento di un unico legale, territorialmente competente, per ogni grado di giudizio.

Nel caso di controversie tra Assicurati con la stessa Polizza, la garanzia viene prestata unicamente a favore dell'Assicurato che sia anche Contraente. Le controversie promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico Sinistro. In caso di imputazioni a carico di più soggetti assicurati, e dovute al medesimo fatto, il Sinistro è unico a tutti gli effetti.

Art. 3.2 Eventi per i quali è prestata l'Assicurazione**Opzione - A) Tutela Legale per recupero danni alla persona**

(in vigore se espressamente indicata sul frontespizio di Polizza e corrisposto il relativo Premio)

Le prestazioni formanti oggetto dell'Assicurazione a norma dell'art. 3.1 sono fornite al Contraente assicurato.

La Società assume a proprio carico, nel limite del massimale di € 5.000 per annualità assicurativa, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali per il recupero dei danni alla persona dell'Assicurato a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza che coinvolga responsabilità di un terzo. **Sono escluse le spese per l'eventuale assistenza peritale.**

Opzione - B) Tutela legale e peritale completa

(in vigore se espressamente indicata sul frontespizio di Polizza e corrisposto il relativo Premio)

Le prestazioni formanti oggetto dell'Assicurazione a norma dell'art. 3.1 sono fornite al Contraente assicurato.

La Società assume a proprio carico, nel limite del massimale di € 5.000 per annualità assicurativa, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali conseguenti ad un Infortunio indennizzabile a termini di polizza per:

- Assistenza per il recupero dei danni subiti dall'Assicurato ad opera di terzi;
- Difesa penale per reato colposo o per contravvenzione, comprese le spese processuali, a favore dell'Assicurato. **Si precisa che in caso di incidente stradale la garanzia a favore del conducente-assicurato opera esclusivamente qualora si trovi alla guida con il consenso o su incarico del proprietario del veicolo ed esclusivamente ad integrazione e dopo esaurimento di quanto dovuto dall'assicuratore R.C.A. per spese di resistenza e di soccombenza e difesa penale;**
- Prestazioni di periti valutatori, ingegneri del traffico, medici - legali;
- Quanto dovuto al legale di controparte in caso di condanna dell'Assicurato o in caso di transazione autorizzata dalla Società;
- Assistenza legale nelle procedure di fronte all'INAIL per questioni inerenti la tutela dei diritti dell'Assicurato conseguenti ad Infortunio indennizzabile a termini di polizza occorso nello svolgimento delle attività professionali principali o secondarie indicate in polizza.

E' condizione essenziale ai fini dell'operatività delle garanzie sopra indicate, che:

- l'Infortunio cui si riferisce la richiesta di assistenza legale sia indennizzabile a termini di polizza;
- in caso di Infortunio legato alla circolazione stradale, il conducente-assicurato sia abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore, sia munito della prescritta patente ed ottemperato agli obblighi dalla stessa indicati;
- la controversia non derivi da rapporti contrattuali, fatti dolosi e fatti commessi dall'Assicurato in stato di alterazione psichica o in stato di ubriachezza o per effetto di abuso di psicofarmaci o uso di allucinogeni e stupefacenti;
- il procedimento non si riferisca ad una sanzione amministrativa o ad una contravvenzione per la quale è ammessa l'oblazione in via breve;
- la controversia o la violazione penale non derivino dalla partecipazione a gare o competizioni nonché alle relative fasi preliminari o finali previste dal regolamento particolare di gara, da atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, atti di vandalismo e risse da chiunque provocate;
- il trasporto di persone sia effettuato in conformità alle disposizioni vigenti o alle indicazioni della carta di circolazione.



Art. 3.3 Limiti territoriali

L'assicurazione è operante per i sinistri processualmente trattabili ed eseguibili:

- Nei paesi dell'Unione Europea e Svizzera per le ipotesi di responsabilità di natura extracontrattuale e penale;
- Nella Repubblica Italiana, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino negli altri casi, salvo quanto previsto al punto successivo;
- Limitatamente agli infortuni verificatisi alla guida di veicoli a motore, la garanzia è estesa oltre che ai paesi indicati nei due punti precedenti, anche al territorio della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco.

Art. 3.4 Massimale

La garanzia è prestata entro il massimale per annualità assicurativa indicato all'art. 3.2 Opzione - A) Tutela Legale per recupero danni alla persona e all'art. 3.2 Opzione - B) Tutela legale e peritale completa del presente contratto.

Art. 3.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società la documentazione necessaria al recupero dei danni subiti quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, certificazione medica e ricevuta delle spese mediche e ospedaliere, cartella clinica in caso di ricovero, documentazioni attestanti il decorso delle lesioni subite, preventivo o fattura delle riparazioni, fotografie del veicolo danneggiato, verbale delle Autorità intervenute, provvedimento dell'Autorità in caso di sequestro del veicolo.

Art. 3.6 Gestione del sinistro – Scelta del legale

Al ricevimento della denuncia di sinistro la Società, d'intesa con l'Assicurato, svolge anzitutto ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della controversia.

In mancanza di tale definizione, oppure quando vi sia conflitto di interessi o disaccordo nella gestione del sinistro tra la Società e l'Assicurato, quest'ultimo per la ulteriore tutela dei suoi interessi ha diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove l'Assicurato ha il proprio domicilio o ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere della controversia, comunicandone il nominativo alla Società. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.

La designazione del legale di cui al precedente comma dovrà essere comunque fatta quando sia necessaria una difesa penale.

L'incarico professionale al legale indicato dall'Assicurato verrà conferito esclusivamente dalla Società e l'Assicurato rilascerà al suddetto legale la necessaria procura.

La Società non è responsabile dell'operato dei legali designati. Parimenti la Società non risponde delle eventuali iniziative poste in essere dall'Assicurato prima della presentazione della denuncia di sinistro, né del pregiudizio da queste eventualmente derivato. Dopo la presentazione della denuncia di sinistro, L'Assicurato non può dare corso ad alcuna azione o iniziativa né addivenire alla definizione della vertenza senza preventivo benestare della Società, che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta, pena l'inoperatività della garanzia e l'obbligo di restituire le spese eventualmente anticipate dalla Società. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benestare. **L'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro tutti gli atti e documenti occorrenti, nonché ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.** Nei casi di ottenuta liquidazione o definizione in favore dell'Assicurato, tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi rimarranno di esclusiva spettanza dell'Assicurato stesso, **mentre quanto liquidato giudizialmente o transattivamente per spese, competenze ed onorari sarà di esclusiva pertinenza della Società e/o legale designato.** La normativa del presente articolo vale anche, per quanto applicabile, relativamente alla scelta, alla nomina e all'attività professionale dei Periti.

3.7 Divergenza di valutazioni sul sinistro – Arbitrato

In caso di divergenza di valutazioni tra l'Assicurato e la Società circa la probabilità di esito favorevole di una procedura giudiziale da intraprendere o da coltivare sia in primo che nei superiori gradi di giudizio, ovvero circa la convenienza di una transazione stragiudiziale ottenibile, **la Società non è tenuta a prestare ulteriormente la garanzia per il sinistro in contestazione e sospende le prestazioni in corso dandone comunicazione motivata all'Assicurato.**

L'Assicurato ha facoltà di ricorrere ad una delle seguenti soluzioni, comunicando preventivamente alla Società quella scelta:

- a. adire l'autorità giudiziaria perché indichi il comportamento da tenersi.
- b. promuovere una procedura di arbitrato sui punti controversi, da attuarsi mediante la nomina congiunta di un arbitro scelto di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuisce per la metà alle spese della procedura arbitrale, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
- c. intraprendere o proseguire la procedura giudiziaria a proprie spese. In tal caso la Società è tenuta al rimborso delle citate spese qualora l'esito della procedura sia risultato più favorevole per l'Assicurato di quello ipotizzato o proposto dalla Società stessa. Qualunque sia la soluzione prescelta, l'esposizione complessiva della Società, incluse le eventuali spese sostenute in precedenza, non potrà eccedere il massimale di polizza. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi delle predette procedure.

3.8 Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia:

- il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere;
- gli oneri fiscali quali, a titolo esemplificativo, e non limitativo quelli riferiti a bollatura di documenti e spese di registrazione di sentenze e atti in genere;
- le spese per procedimenti penali derivanti tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, atti di vandalismo o risse da chiunque provocati;
- per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente; rapporti inerenti al diritto di famiglia, successioni e donazioni;
- le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
- le spese per procedimenti penali derivanti da imputazione per reato doloso dell'Assicurato;
- le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società.



4. SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 4.1 Invalidità permanente da Malattia

In caso di Invalidità permanente che sia determinata da malattia, indennizzabile a termini di polizza, la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante pattuita sul frontespizio di polizza alla voce "Invalidità permanente da malattia".

La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate.

La valutazione dell'indennizzo viene effettuata secondo le modalità ed i criteri che seguono:

a. Accertamento del grado di invalidità permanente

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le Invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

A maggior chiarimento di quanto sopra indicato devono intendersi per:

- malattie coesistenti : le malattie od Invalidità presenti nel soggetto, che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;

- malattie concorrenti : le malattie ed Invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla Invalidità da essi causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

L'accertamento del grado di Invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e facendo riferimento ai criteri esposti nell'Allegato n° 2 "Parametri indicativi per la valutazione della Invalidità permanente da malattia" e non oltre due anni dalla data di denuncia dalla malattia.

Nei casi di Invalidità permanente non specificata nel citato allegato, la percentuale di Invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita *generica* capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

b. Determinazione dell'indennizzo

Fermo restando quanto previsto alla precedente lettera a) si conviene che:

1) se l'invalidità Permanente accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;

2) i casi di Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella tabella "Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia" di cui all'Allegato n. 2 in corrispondenza al grado di Invalidità permanente accertata.

% di Invalidità permanente accertata	indennizzo % della somma assicurata	% di Invalidità permanente accertata	indennizzo % della somma assicurata
25	5	65	70
26	8	66 e oltre	100
27	11		
28	14		
29	17		
30	20		
31	23		
32	26		
33	29		
34	32		
da 35 a 63	da 35 a 63		
64	67		

Qualora l'Assicurato dovesse decedere, per cause diverse dalla malattia denunciata, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, ma prima che si sia provveduto alla liquidazione dell'indennizzo, la Società liquida agli eredi l'indennizzo che avrebbe liquidato a favore dell'Assicurato. Se invece l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dalla malattia denunciata, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Dovrà pertanto essere prodotta, a cura degli eredi, la copia conforme della cartella clinica completa in caso di ricovero dell' Assicurato o, in mancanza di ricovero, tutta la documentazione medica dalla quale poter valutare l'entità dei postumi permanenti nonché la documentazione comprovante le cause del decesso dell'Assicurato. In entrambi i casi la richiesta di liquidazione dell'indennizzo da parte degli eredi dovrà essere corredata da documenti notarili (es. testamento, relazione notarile che individui gli eredi dell'Assicurato) o dalla certificazione rilasciata dall'ufficio dall'Anagrafe del Comune di residenza, che consentano di identificare oggettivamente gli eredi e di determinare la quota di indennizzo spettante a ciascuno. La Società si impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa su indicata.



Art 4.2 Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- stati patologici già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o di sostituzione con polizza mod. 80AS di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso)
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti
- tentato suicidio
- conseguenze di aborto volontario non terapeutico
- conseguenze di azioni delittuose tentate o commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso)
- malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti

4.3) Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

a) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

b) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

5. CONDIZIONI GENERALI**Art. 5.1 Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere, forme maniaco depressive o stati paranoici.

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga.

La Società rimborserà la parte di premio, al netto di imposta, relativo al periodo di rischio non corso.

Art. 5.2 Validità territoriale (salvo quanto diversamente previsto per la "Tutela Legale" all'art. 3.3 e per l' "Assistenza" all'art. 2.2 "Estensione territoriale" del presente contratto).

L'assicurazione è valida in tutto il mondo

Art. 5.3 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 l'Assicurato 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 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Qualora sia stata selezionata la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" di cui alla Sezione 4, giacché il premio annuale della garanzia è stato calcolato in base all'età di ogni singolo Assicurato, **qualora l'età raggiunta anche da uno solo degli Assicurati con garanzia Invalidità Permanente da Malattia alla scadenza contrattuale pattuita comporti, in base alla tariffa vigente, un premio diverso da quello inizialmente concordato, la Società può richiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione della variazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto. La variazione si intende accettata in caso di proroga tacita del contratto ai sensi dell'art. 5.4 "Proroga dell'assicurazione"**

Art. 5.4 Proroga dell'assicurazione

Fermo restando quanto previsto al precedente articolo 5.3 "Pagamento del Premio", in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

Per i contratti di durata poliennale (durata pari o superiore ad anni due), per i quali è stata applicata una riduzione di premio risultante dal frontespizio della Polizza, la facoltà di disdetta, nei termini di cui sopra, può essere esercitata solo dalla scadenza contrattuale indicata in polizza e non alle scadenze di rata intermedie.

Art. 5.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 (Artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 5.6 Altre assicurazioni

L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente e/o assicurato, **prima della conclusione del contratto**, deve comunicare, per iscritto, alla Società l'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto. Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento alla stipulazione di altre assicurazioni **successive alla conclusione del contratto**. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile



Art. 5.7 Aggravamento del rischio - Cambiamento dell'attività professionale

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate.

In caso di sinistro la mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento del rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività professionale diversa da quella indicata nel simolo di polizza mod. 80AS, l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto:

IN MISURA INTEGRALE, se l'attività svolta al momento del sinistro corrisponde ad una classe professionale uguale od inferiore a quella dichiarata;

NELLA PERCENTUALE INDICATA NELLA SOTTOSTANTE TABELLA, se all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata.

Al fine della valutazione del grado di rischio inerente le varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall' "Elenco delle attività professionali" (allegato 4).

Qualora al momento del sinistro l'attività effettivamente svolta dall'Assicurato risulti differente da quella indicata in polizza e risulti tra quelle elencate nella classe professionale "R.D.", non verrà corrisposto alcun indennizzo in quanto tali attività risultano assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società.

Per la classificazione di attività eventualmente non citate nell' "Elenco delle attività professionali" saranno utilizzati criteri di equivalenza od analogia ad attività elencate.

		Attività indicata nel modulo di polizza			
		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Attività	Classe A	=	=	=	=
al momento	Classe B	85	=	=	=
del	Classe C	67	80	=	=
sinistro	Classe D	55	65	65	=

Art. 5.8 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate, la Società è tenuta ad adeguare il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato come da percentuali indicate nella tabella di cui all' art. 5.7 "Aggravamento del rischio - Cambiamento dell'attività professionale", ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5.9 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5.10 Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato (salvo quanto diversamente previsto per la "Tutela Legale" all'art. 3.5 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" del presente contratto)

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

In ogni caso, l'Assicurato, o, in caso di morte, i beneficiari, deve sempre consentire alla Società, le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia, ed, in caso di ricovero, ove richiesto dalla Società, produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.11 Disdetta 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 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, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Tale disposto però non è applicabile per la garanzia Invalità permanente da malattia inserita in polizze di durata inferiore o pari ai 5 anni. In caso di disdetta da parte della Società nei termini su indicati, la garanzia Invalità permanente da malattia, verrà mantenuta sino alla fine pattuita del contratto, se questo è di durata inferiore o pari a 5 anni, altrimenti, in caso di durata ultra quinquennale, sino al compimento del 5° anno di durata.

Art. 5.12 Controversie - Arbitrato irrituale (salvo quanto diversamente previsto per la "Tutela Legale" all'art. 3.7 "Divergenza di valutazioni sul sinistro - Arbitrato" del presente contratto).

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli contenuti nelle precedenti sezioni.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di Invalità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 1.7 - "Criteri d'indennizzabilità" del presente contratto, possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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'invalità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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



Art. 5.13 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 5.14 Oneri fiscali

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

Art. 5.15 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 5.16 Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto.

La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione.

Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.co)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)

6. CONDIZIONI PARTICOLARI

(le seguenti condizioni sono operanti solo se espressamente richiamate sul frontespizio della scheda di copertura mod. 80AS)

A) Difesa dall'inflazione

(non operante per la sezione Assistenza)

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno successivo a quello della stipulazione, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottati dall'Istituto Centrale di Statistica.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, entrambe le Parti hanno la facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

B) Modifica alla franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente**B1) Forma con franchigia iniziale del 5%**

Qualora venga prescelta la presente condizione particolare B1), il disposto dell'art. 1.10 "Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente" della Sezione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue:

la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a. sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b. sulla parte di somma eccedente € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c. se l'Invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di Invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, senza alcuna franchigia;
- d. se l'Invalidità permanente accertata è pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

B2) Forma con esclusione dalla franchigia iniziale

Qualora venga prescelta la presente condizione particolare B2), il disposto dell'art. 1.10 "Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente" della Sezione Infortuni viene abrogato e sostituito da quanto segue:

la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a. sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000 non si applica alcuna franchigia;
- b. sulla parte iniziale di somma assicurata eccedente € 60.000 e fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c. sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente .
- d. sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.



C) Rivalutazione delle percentuali di Invalidità permanente

Valida per i soli Assicurati che esercitino una delle seguenti attività professionali:

- Dentista;
- Fisioterapista;
- Massaggiatore;
- Medico chirurgo;
- Musicista;
- Odontotecnico;
- Veterinario

Le percentuali di Invalidità permanente previste dalla "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato 1 si intendono modificate come da "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente specifica" di cui all'Allegato 3, esclusivamente per le sole voci in essa contenute.

La presente condizione particolare non è applicabile all' "Invalidità permanente grave" prevista all'art. 1.11 del presente contratto.

D) Adozione Tabella INAIL

La tabella delle percentuali di Invalidità permanente, previste dall'Allegato 1 del presente contratto, si intende sostituita da quella di cui all'Allegato 1 del DPR 30/06/1965 n. 1124 T.U., con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dal Decreto stesso. Restano invece espressamente confermate le franchigie previste dall'art. 1.10 "Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente" della Sezione Infortuni o quelle previste, ove prescelte, dalle Condizioni Particolari B1 o B2. La presente condizione particolare non è applicabile all' "Invalidità permanente grave" prevista all'art. 1.11 del presente contratto.

E) Rischi sportivi particolari

A parziale deroga dell'art. 1.5 "Rischi esclusi dall'assicurazione" del presente contratto, la garanzia vale anche nello svolgimento delle attività sportive indicate alle successive lettere A e B, **purché dette attività non vengano praticate a titolo professionistico**:

A) dalla pratica delle seguenti attività:

bob, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, kite-surf, alpinismo e sci alpinismo non "in solitaria" (per l'alpinismo fino al grado quinto della Scala di Monaco), football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, immersioni con autorespiratore (compresi incidenti da decompressione), hockey su ghiaccio;

B) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati e comunque svolti dalle relative Federazioni o Enti Sportivi simili o patrocinati dagli stessi, per le seguenti attività: ippica, ciclismo, sci non in discesa libera, arti marziali.

Le attività di cui ai punti A) e B) del presente articolo sono prestate, indipendentemente dalle franchigie sulla Invalidità permanente pattuite in polizza, con le seguenti franchigie:

a) sulla parte di somma assicurata fino a € 207.000, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;

b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 207.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Qualora sia stata prescelta in polizza la garanzia di cui all'art. 1.11 "Invalidità permanente grave", l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto all'art. 1.11 e con le franchigie ivi previste.

F) Rischi extraprofessionali

A modifica dell'art.1.1 "Rischi assicurati" del presente contratto, la garanzia è prestata limitatamente ai soli rischi extraprofessionali nell'ambito della vita comune, all'infuori pertanto dell'occupazione professionale dichiarata o di qualsiasi altra attività artigianale o comunque remunerata. L'assicurazione è prestata in base alla dichiarazione del Contraente che l'Assicurato svolge un'attività professionale alle dipendenze di terzi vincolata ad un orario fisso e predeterminato di lavoro, oggettivamente riscontrabile. Si intende compresa la copertura del "rischio in itinere", intendendosi per tale il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo. L'Assicurato si impegna tuttavia a denunciare alla Società tutti gli infortuni che gli potessero occorrere, anche se esplicitamente esclusi dalla presente garanzia.

G) Rischi Professionali

A modifica dell'art.1.1 "Rischi assicurati" del presente contratto, la garanzia è prestata limitatamente ai soli rischi professionali dichiarati in polizza.

L'assicurazione è prestata in base alla dichiarazione del Contraente che l'Assicurato svolge un'attività professionale alle dipendenze di terzi vincolata ad un orario fisso e predeterminato di lavoro, oggettivamente riscontrabile. Si intende compresa la copertura del "rischio in itinere", intendendosi per tale il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo. L'Assicurato si impegna tuttavia a denunciare alla Società tutti gli infortuni che gli potessero occorrere, anche se esplicitamente esclusi dalla presente garanzia.

H) Malattie professionali

La garanzia si intende estesa alle malattie riportate in servizio e per cause di servizio, che abbiano per conseguenza la Morte o l'Invalidità permanente. La garanzia può valere per una o entrambe le garanzie, a seconda se sono state selezionate in polizza.

Si precisa che tale estensione non si applica alla garanzia "Invalidità Permanente Grave", ed all'"Invalidità Permanente da Malattia" qualora siano state selezionate in polizza.

2) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data della cessazione del rapporto stesso o dalla data della cessazione del servizio (se questa è anteriore alla scadenza del contratto).

3) sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali cardiovascolari e quelle tubercolari; vale inoltre l'esclusione prevista dall'art. 1.5 delle norme che regolano il contratto, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

4) Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, quando questa sia di grado pari o inferiore al **20%** della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

5) In caso di controversia se la malattia sia stata riportata in servizio e per cause di servizio o se la stessa sia insorta o si sia manifestata nei termini previsti dal precedente punto 2), la competenza può essere demandata al Collegio arbitrale previsto dall'Art. 5.12 delle norme che regolano il contratto.

6) per malattia si deve intendere: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

7) Limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente, la garanzia si intende estesa, alle affezioni da **HIV, EPATITE VIRALE "B", EPATITE VIRALE "C"**, contratte a seguito di infortunio verificatosi in servizio e per causa di servizio.

L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che la denuncia dell'infortunio sia effettuata entro 30 (trenta) giorni dall'accaduto, e che alla denuncia dovrà essere allegata l'analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate.

Dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 (trenta) giorni dalla denuncia di infortunio.

In caso di negatività il test per **HIV, EPATITE VIRALE "B" ed EPATITE VIRALE "C"**, dovrà essere ripetuto entro 180 (centottanta) giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di un anno dall'evento per il **solo caso di HIV**.



I) Radiologo con rischio radiazioni

A parziale deroga dell'Art. 1.1 "Rischi esclusi", si prende atto che, limitatamente ai casi di Morte, Invalidità Permanente da infortunio, semprechè operanti per l'Assicurato, la Società presta l'assicurazione anche per le lesioni e alterazioni di seguito specificate, in quanto derivanti dalla pratica professionale della Roentgendiagnostica, della Roentgenterapia, della fototerapia e delle correnti elettriche, alterazioni del sangue e alterazioni cutanee, note con il nome di radiodermiti, nelle loro varie manifestazioni (distrofica, ulcerativa, neoplastica, con le eventuali complicazioni e diffusionsi metastatiche regionali e a distanza).

Si precisa che tale estensione non si applica alla garanzia "Invalidità Permanente Grave", ed all'"Invalidità Permanente da Malattia" qualora siano state selezionate in polizza.

La validità dell'assicurazione è subordinata al fatto che le condizioni di lavoro dell'Assicurato nei gabinetti di radiologia siano uniformate alle disposizioni legislative e alle istruzioni ministeriali per la prevenzione degli infortuni e per la protezione dalle radiazioni. Agli effetti di questa speciale garanzia, resta convenuto tra le Parti quanto segue: saranno prese in considerazione, agli effetti dell'indennità, soltanto le lesioni o alterazione che si siano manifestate almeno dopo 6 mesi dalla decorrenza della polizza e che non siano conseguenze di situazioni patologiche preesistenti all'atto della sottoscrizione della presente polizza. Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del grado di eventuale invalidità permanente, semprechè operante per l'Assicurato, conseguente a una delle lesioni o alterazioni di cui sopra, viene fissato in cinque anni dal giorno della denuncia. L'indennità per invalidità permanente da infortunio verrà corrisposta secondo i criteri indicati nell'art. 1.9 "Invalidità permanente".

7. CONDIZIONI SPECIALI**A) CONDIZIONI SPECIALI**

Condizioni sempre operanti

1) Invalidità permanente per minori di anni 25

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza subito da un Assicurato di età non superiore ai 25 anni e comportante un grado di Invalidità permanente superiore al 25% l'indennizzo spettante verrà corrisposto con una maggiorazione del 30%, fermo restando l'indennizzo massimo del 100% della somma assicurata.

2) Morte violenta

Nel caso di morte dell'Assicurato in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza subito a seguito di rapina, tentativo di sequestro, attentati ed atti di terrorismo, in questo ultimo caso fatta eccezione di quanto previsto all'art. 1.5 "Rischi esclusi dall'assicurazione", lettera h), la Società, semprechè non si tratti di infortunio dipeso da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato stesso, corrisponderà l'indennizzo spettante a termini di polizza con una maggiorazione del 25%.

La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 100.000 per singolo Assicurato.

3) Commorienza dei genitori

Se a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori ed essi risultano assicurati con la presente polizza, l'indennizzo per il caso di morte spettante ai loro figli minorenni, in quanto beneficiari, verrà maggiorato del 50%. La stessa maggiorazione spetta ai figli portatori di handicap anche se non conviventi.

La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 200.000

La maggiorazione di indennizzo di cui alla presente condizione speciale non è cumulabile con quella di cui alla condizione speciale 2) "Morte violenta"; tuttavia ricorrendo il caso si applicherà la disposizione più favorevole ai beneficiari.

4) Perdita anno scolastico

Qualora Assicurati di età non superiore agli anni 20 che frequentino scuole di istruzione primaria e secondarie, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, siano impossibilitati alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle vigenti disposizioni in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponderà un indennizzo di € 2.000.

5) Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subito da un Assicurato che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso, la Società rimborserà, fino ad un importo massimo di € 5.000, tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato stesso per cure mediche effettuate - entro due anni dalla guarigione clinica - per eliminare il danno estetico.

6) Ustioni gravi

La Società, qualora l'infortunio causi all'Assicurato delle ustioni di secondo o terzo grado, corrisponderà all'Assicurato, dietro presentazione di documentazione medica, l'indennizzo di € 4.500, se le ustioni coprono dal 9 al 20% della superficie corporea, se invece le ustioni sono superiori al 20% della superficie corporea, l'indennizzo sarà pari ad € 7.500.

7) Adattamento auto

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua autovettura che gli consentano di continuare a guidare, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti fino alla concorrenza di € 3.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.

8) Adattamento casa

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua casa, necessari per consentirgli di continuare ad abitarla (ad es. rampe di accesso, allargamento porte..), la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.

9) Superindennità pluriennale (Rendita)

In caso di sinistro comportante un'invalidità permanente di grado superiore al 50%, il beneficiario dell'indennizzo stesso ha facoltà di convertire la somma liquidatagli in una rendita, rivalutabile. Detta rendita sarà assicurata con polizza emessa da SARA VITA SPA, stipulata tra SARA VITA e la SARA assicurazioni (Contraente). Qualora venga esercitata la facoltà di cui sopra l'importo dell'indennizzo spettante sarà maggiorato del 10%.

B) CONDIZIONE SPECIALE RISERVATA AI SOCI ACI

Qualora il Contraente al momento del sinistro risulti associato all'ACI, nei casi di infortunio subito alla guida di autovetture o natanti ad uso privato, di



motocicli di qualsiasi cilindrata nonché di ciclomotori e velocipedi;
 - durante verifiche o piccole riparazioni necessarie per la ripresa della marcia del veicolo;
 - come passeggero di veicoli pubblici e/o privati - esclusi quelli aerei e subacquei - autorizzati al trasporto di persone;
 - in qualità di pedone, in aree pubbliche, in conseguenza di investimenti ad opera di veicoli
 l'indennizzo spettante verrà maggiorato del 15%.

Allegato 1)**Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio**

<i>Perdita, anatomica o funzionale, di:</i>	<i>Destro:</i>	<i>Sinistro</i>
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
<i>Anchilosi:</i>		
- di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
<i>Paralisi completa:</i>		
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%
<i>Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:</i>		
- al di sopra della meta' della coscia	70%	
- al di sotto della meta' della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	60%	
<i>Perdita anatomica o funzionale di:</i>		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un dito del piede diverso dall'alluce	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
<i>Anchilosi:</i>		
- dell'anca in posizione favorevole	35%	
- del ginocchio in estensione	25%	
- della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
<i>Paralisi completa del nervo:</i>		
- sciatico popliteo esterno	15%	
<i>Paralisi completa del nervo:</i>		
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
<i>Paralisi completa del nervo:</i>		
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
<i>Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:</i>		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura del sacro	3%	



Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
<i>Perdita totale, anatomica o funzionale di:</i>	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
<i>Sordità ciompleta di:</i>	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Allegato 2**PARAMETRI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELL' INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA****Sistema nervoso centrale**

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

Criteri di valutazione

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

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

Apparato cardio vascolare

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

Criteri di valutazione:

- classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Hearth (NYHA) :

Classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento nè palpitazioni;

Classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

Classe 3: a riposo, i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

Classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;



- pressioni arteriosa;
- efficacia della terapia medica e chirurgica;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50% di una sola arteria coronarica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di by pass coronarico;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti-ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;
- soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

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

Apparato respiratorio

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

Criteri di valutazione:

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente bronco spastica, dopo test di bronco dilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO2) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

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

- FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;
- FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;
- FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA

oppure

- la PaO2 inferiore all'80% del valore teorico.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

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

- FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA

oppure

- la PaO2 inferiore al 65% del valore teorico.

Apparato digerente

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

Criteri di valutazione:

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

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



COLON, SIGMA E RETTO

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

FEGATO

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%**ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS**

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

COLON, SIGMA E RETTO

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

FEGATO

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

Apparato urinario

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

Criteri di valutazione:

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg) senza adeguata terapia

oppure

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

Clearance creatinina inferiore a 20ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiore a 115 mmHg) non controllabile da adeguata terapia

oppure

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

Sistema endocrino

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

Criteri di valutazione :

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia

oppure

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

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

oppure

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



Sistema ematopoietico e linfatico

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

Criteri di valutazione :

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

Condizioni che determinano una Invalidità permanente inferiore al 25%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr 10/100 ml. non necessita di emotrasfusioni
oppure
sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia
oppure
leucemia linfatica cronica in 1° stadio
oppure
leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.

Condizioni che determinano una Invalidità permanente superiore al 74%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiore a gr 10/100 ml. con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure
presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure
leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

Allegato 3**Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente specifica**

Perdita, anatomica o funzionale, di:

	<i>Destro:</i>	<i>Sinistro</i>
- un arto superiore	85%	70%
- una mano o un avambraccio	80%	64%
- un pollice	40%	32%
- un indice	30%	24%
- un medio	24%	20%
- un anulare	12%	10%
- un mignolo	15%	12%
- una falange ungueale del pollice	20%	16%
dell'indice	12%	10%
del medio	10%	8%

Per le singole falangi terminali delle dita viene considerata Invalidità permanente anche l'asportazione parziale o la perdita funzionale totale.



Allegato 4**Classe Professionale A0**

Impiegati amministrativi in genere
Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale

Classe Professionale A

Agenti di commercio
Casalinghe
Studenti

Classe Professionale A1

Agenti :
- di cambio o di borsa od immobili
- di investigazione
- di pubblicità, teatrali, di collocamento, cinematografici
- di assicurazione
Agricoltori che non prendono parte a lavori manuali
Antiquari senza restauro
Allevatori di animali che non prestano lavoro manuale
Amministratori
Archeologo che non partecipa a scavi
Architetti occupati prevalentemente in ufficio
Arredatori
Assistenti sociali (anche geriatrici)
Autotrasportatori, titolari di impresa che non prestano lavoro manuale
Avvocati - Procuratori Legali
Badanti
Bambini età prescolare (0-5 anni)
Benestanti senza particolari occupazioni
Barbieri
Biologi senza uso di sostanze chimiche
Benestanti senza particolari occupazioni
Bigliettai
Call center (addetto)
Cancelliere
Cassieri (banca, cinema, teatro, ecc.)
Clero (esclusi missionari)
Commercialisti (liberi professionisti)
Consulenti aziendali
Corrieri (amministrativo)
Dentisti
Diplomatico
Dirigenti occupati solo in ufficio
Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accesso a cantieri, ponti, impalcature, ecc.
Disegnatori occupati solo in ufficio
Distributori automatici di carburante (gestori) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
Enologi ed enotecnici
Erboristi
Estetisti / Truccatori
Farmacisti
Figurista
Fotografi anche all'esterno esclusi fotoreporter all'estero
Galleristi (galleria d'arte)
Geologi occupati solo in ufficio
Geometri occupati solo in ufficio
Giornalisti: cronisti e corrispondenti esclusi inviati all'estero
Hostess di terra
Igienista dentale
Impiegati tecnici
Imprenditori in genere che non lavorano manualmente
Ingegneri occupati solo in ufficio
Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale
Interpreti
Istruttori di teoria di scuola guida
Magazzinieri - senza impiego di mezzi di sollevamento
Magistrati - Giudici
Manicure
Massaggiatori
Medici (esclusi effetti emanazioni radioattive per medici radiologi)
Militare (impiegato in ufficio mansioni amministrative no all'etero)
Musicisti



Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :

- abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
- articoli in pelle, calzature
- giocattoli, articoli sportivi
- cartolerie, librerie
- articoli od apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali
- rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria
- tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori
- elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli igienico-sanitari : per tutti, esclusa l'installazione
- frutta e verdura,
- casalinghi
- bar, caffè, bottiglierie
- animali
- articoli religiosi

Notai

Odontotecnici

Ostetriche

Parrucchieri da donna

Pedicure

Pensionati

Periti liberi professionisti

Pittori (Artisti) no impalcature

Pompe funebri (ufficio)

Promotori finanziari

Psicanalisti - Psicologi

Puericultrici

Revisore dei conti

Ricevitoria lotto

Sarti

Scrittori

Segretari comunali

Sociologi

Vetrinisti

Classe Professionale B

Agenti marittimi (commissario avaria)

Agrimensori ed agronomi

Albergatori

Allenatori sportivi - Insegnanti di discipline sportive

Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (altri animali diversi da equini, ovini, suini)

Ambulanti

Animatori turistici / Disk Jockey

Antiquari con restauro (vedi restauratori)

Apicoltori

Arbitri

Architetti che accedono anche ai cantieri

Armaioli (solo vendita)

Armatori

Attori, cantanti, direttori artistici

Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, autoambulanze, autoficine

Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente

Bagnini

Bidelli

Bigiotteria (lavorazione)

Billardi e biliardini, videogiochi (gestori di sale di)

Biologi con uso di sostanze chimiche

Callisti – podologi

Cameraman (no estero)

Camerieri

Cantinieri

Cappellai -Guantai

Casari

Cave a giorno : proprietari od addetti che non lavorano manualmente

Ceramiche, maioliche, porcellane (lavorazione)

Cesellatori

Cinematografi (operatori)

Commessi viaggiatori - Piazzisti

Concessionari auto-motoveicoli

Cordami (lavorazione)

Custodi / Guardarobieri / Uscieri

Decoratori, intonacatori, stuccatori - solo a terra

Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature

Disegnatori con accesso ai cantieri



Disinfestatori
 Disoccupati
 Distributori automatici di carburante (gestori) con manutenzione, lavaggio e simili
 Dog Sitter
 Domestici/e / Collaboratori Familiari
 Ebanisti - Intarsiatori - Intagliatori di legno - Impagliatori (sedie - recipienti)
 Esattori - Ufficiali giudiziari
 Fattorini e messi
 Fiorai
 Fisioterapisti
 Fornai
 Fuochisti, addetti ad impianti di riscaldamento
 Geometri che accedono anche ai cantieri
 Giardinieri - Vivaisti - Orticoltori
 Gommisti
 Guardiacaccia - Guardiapesca - Guardie campestri
 Guide turistiche
 Imballatori
 Imbalsamatori
 Indossatori/trici
 Infermieri diplomati / Paramedici
 Ingegneri che accedono anche ai cantieri
 Insegne : installazione fino a 4 mt. da terra
 Ispettori di assicurazione/bancari
 Istruttore di pratica di scuola guida
 Lavanderie, tintorie, stirerie (addetti)
 Linotipisti, litografi
 Liutaio
 Macchine da scrivere, calcolatrici e computer (riparazioni)
 Macellai (no macellazione)
 Maestro di sci
 Materassai
 Mediatori in genere
 Modellisti
 Modisti - Magliaie - Bustaie - Camiciaie
 Necrofori
 Negozi - Esercizi commerciali (proprietari od addetti) :
 - elettrodomestici, radio TV, mobili, articolo igienico-sanitari :compresa istallazione/ no antenne
 - ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli
 - oreficerie, orologerie, gioiellerie
 - panettiere, pasticcerie, gelaterie; per tutti compresa produzione propria
 - salumerie, rosticcerie, pescherie
 Orafi
 Orologiai (riparazione)
 Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)
 Pastori
 Pellicciai
 Pittori : artisti su impalcature
 Pompe funebri (trasporto)
 Portavalori
 Postini - Pony express
 Pulizie, addetti (interni)
 Rammendatrici - Ricamatrici
 Registi cine/teatro/televisione
 Restauratori in genere
 Rilegatori di libri
 Riparatori radio TV
 Ristoratori (ristoranti, trattorie, pizzerie - proprietario ed addetti)
 Sagrestano
 Scenografo / Coreografo
 Scultori (anche intagliatori)
 Sindacalisti
 Tappezzieri
 Tessili (lavorazione)
 Topografi
 Uscieri - Portieri di stabili, di alberghi
 Vasai
 Veterinari
 Vigili urbani

Classe Professionale C

Accalappiacani
 Allevatori di animali che prestano lavoro manuale (equini, bovini, suini)
 Analisti chimici
 Antennisti (installatori di antenne RADIO - TV)



Ascensoristi
 Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico
 Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio, etc.
 Barcaioli
 Biciclette (vendite e riparazioni)
 Borse e pelletterie (fabbricazione di)
 Botanici
 Bronzo e rame (lavorazione)
 Calzolai
 Canestri (fabbricazione di)
 Cantonieri
 Carrozzeri di autoveicoli
 Cartiere (addetti)
 Cave a giorno senza uso di mine : proprietari od addetti che lavorano manualmente
 Chimici (fabbricazione)
 Collaudatori di autoveicoli - esclusi modelli da competizione
 Corniciai
 Corrieri con recapito
 Cromatori e nichelatori
 Cuochi
 Cuoi e pellami (lavorazione)
 Decoratori, intonacatori, stuccatori su impalcature o ponti
 Elettrauto
 Elettrocisti che lavorano all'interno di edifici od a contatto con correnti a bassa tensione (600 V corrente continua e 400 V corrente alternata)
 Floricoltori
 Fonditori
 Fabbri solo a terra
 Fuochisti in impianti industriali
 Galvanoplastica (addetti)
 Geologi occupati anche all'esterno
 Giornalai
 Guardie notturne, giurate
 Idraulici solo all'interno di edifici od a terra
 Imbianchini (v. decoratori)
 Impiegati con accesso a cantieri o ambienti con sostanze tossiche
 Imprenditori edili che prendono parte a lavoro manuale
 Insegnante di equitazione
 Lucidatori (pelle, mobili, metalli)
 Macellai (si macellazione)
 Macchinisti di treno
 Maniscalchi - Stallieri
 Marinai
 Marmisti solo a terra
 Montatori meccanici
 Materie plastiche (stampaggio di)
 Meccanici
 Mobili (fabbricazione di)
 Mosaicisti solo all'interno dei prefabbricati
 Mugnai
 Netteurbini - operatori ecologici
 Pavimentatori e piastrellisti
 Plastica - stampaggio lamiere plastiche
 Pulizie, addetti (in esterni)
 Riscaldamento - installazione e/o riparazioni
 Saldatori (con lavorazione autogena od elettrica)
 Scalpellini non in cava
 Scaricatori portuale/doganale/mercati
 Soffiatori di vetro
 Specchi (lavorazione)
 Strumenti musicali (fabbricazione)
 Sughero (lavorazione)
 Tipografi
 Tornitori
 Vulcanizzatori
 Zincografi

Classe Professionale D

Agricoltori che prendono parte a lavori manuali
 Archeologo che partecipa a scavi solo nell'ambito della Unione Europea
 Armaioi (produzione, riparazione, preparazione cartucce)
 Abbattitori di piante/boscaioli
 Autisti di autocarri e motocarri con carico e scarico
 Autotrasportatori che guidano anche veicoli, con carico e scarico



Bottai
 Carpenteri
 Cave a giorno con uso di mine : proprietari od addetti che lavorano manualmente
 Celluloide, plastica e simili (lavorazione)
 Demolitore di autoveicoli
 Edile acrobata
 Elettricisti che lavorano all'esterno di edifici e/o a contatto con correnti ad alta tensione
 Fabbri anche su impalcature e ponti
 Facchini
 Falegnami
 Fuochi d'artificio - lavorazione
 Gruisti
 Idraulici con accesso a ponti, impalcature e tetti
 Insegne : installazione oltre i 4 mt. da terra o su tetti
 Lattonieri anche su impalcature e ponti
 Marmisti anche su impalcature e ponti
 Miniere (addetti)
 Mosaicisti con accesso a ponti e impalcature
 Muratori
 Pescatori
 Spazzacamini
 Trattoristi / macchine movimento terra / Trivellatore
 Verniciatori su impalcature, tetti, esterno navi
 Vetrai
 Vigili del fuoco

Classe professionale "R.D." (assicurabili solo con esplicita e preventiva autorizzazione della Società).

Ballerine professioniste
 Cameraman inviati speciali all'estero
 Fotoreporter all'estero
 Giornalisti inviati speciali all'estero
 Guide alpine
 Militari (anche Guardia Forestale)
 Missionari
 Palombari
 Poliziotti/Questori
 Skipper
 Sommozzatori / Palombari
 Speleologi

