



Harmonie
mutuelle
Italia

CONTRATTO ASSICURATIVO

Copertura Infortuni e IPM 3.1

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA
LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

COPERTURA INFORTUNI E IPM

PROTEZIONE INFORTUNI E IPM 3.1

Nel presente documento sono contenuti:

- **Documento Informativo precontrattuale**
- **Documento Informativo precontrattuale Aggiuntivo**
- **Condizioni Generali di assicurazione comprensive di Glossario**
- **Informativa privacy**
- **Fac-simile modello di reclamo**

AVVERTENZA:

il Set Informativo deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione della polizza

I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune.

HARMONIE MUTUELLE ITALIA è la sede secondaria di «HARMONIE MUTUELLE», ente mutualistico francese, regolato dal Libro II del Codice della Mutualità francese, iscritta al registro nazionale delle mutue (R.N.M.) con sede a Parigi (Francia), 143 rue Blomet.

HARMONIE MUTUELLE sede secondaria, Esercita in Italia l'attività di assicurazione in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS, con Codice IVASS Impresa: D915R. E' iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sez. II – elenco I – provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013 Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it L'ammontare del patrimonio netto è pari a Euro 3.242.903.130 di cui Euro 1.567.313.242 di riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 301%.

ASSICURAZIONE INFORTUNI



DIP - Documento Informativo Precontrattuale

relativo al prodotto assicurativi danni

Compagnia di Assicurazione: Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle: CF 08186860964 - PI 08186860964, con sede legale in Parigi, Rue Blomet, 143 Francia e sede secondaria in Milano, Via Papa Leone XIII 14, Italia.

Harmonie Mutuelle esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con Codice IVASS Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013

Prodotto: "PROTEZIONE INFORTUNI E IPM 3.1"

Il presente DIP Danni è stato redatto a Milano 1 Aprile 2021 ed è l'ultimo disponibile

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

Di che tipo di assicurazione si tratta?

La polizza assicura dal rischio Morte e Invalidità Permanente a seguito di Infortunio.



Che cosa è Assicurato?

Il rischio Morte a seguito di Infortunio:

✓ I beneficiari designati o in mancanza gli eredi avranno diritto al pagamento del capitale assicurato se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'assicurato.

Il rischio Invalidità Permanente a seguito di Infortunio:

✓ L'assicurato ha diritto al pagamento del capitale assicurato se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale o parziale in proporzione al grado di invalidità accertato.

Attivabile a scelta del Contraente:

Il rischio di Invalidità Permanente a seguito di Malattia

✓ L'assicurazione può essere estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia che insorga nel corso del presente contratto o successivamente alla data di ingresso in garanzia. La garanzia offre all'assicurato il pagamento del capitale assicurato se la malattia ha come conseguenza un'invalidità permanente totale o parziale in proporzione al grado di invalidità accertato.

- ✗ dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- ✗ da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ✗ da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- ✗ dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- ✗ dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- ✗ dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo.



Ci sono dei limiti alla copertura?

- ! La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da: Alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, ove già diagnosticata dal test HIV, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniche depressive, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'assicurato medesimo.
- ! L'assicurazione non vale per le persone di età superiore agli 80 anni per rischio Morte e Invalidità Permanente da Infortuni e 70 anni per rischio Invalidità Permanente da Malattia.



Cosa non è assicurato?

Non è assicurato l'infortunio derivante:

- ✗ da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;



Dove vale la copertura?

- L'assicurazione vale per il mondo intero. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.



Quali sono i doveri dell'Assicurato/Contraente?

- La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio. Dichiarazione inesatta o reticenze possono comportare sia il mancato Indennizzo del danno o un Indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile
- L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.



Quando e come pagare il premio?

- Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 (trecentosessantacinque) giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche qualora ne fosse stato concesso il frazionamento in due o più rate.
- Nell'ipotesi di pagamento rateale del premio, la prima rata dovrà essere versata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.
- La Contraente è tenuta al versamento del premio sulle seguenti coordinate bancarie: IT 39 N 05696 01612 000008811X41 intestato all'HARMONIE MUTUELLE o nell'ipotesi di intermediazione della polizza, da parte di Broker/Agenzia il pagamento dovrà essere effettuato direttamente in capo alle stesse.



Quando inizia e finisce la copertura?

- L'assicurazione decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato in polizza, se in quel momento il premio risulterà pagato; in caso diverso, decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto.
- Per le rate successive alla prima è concesso il termine di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite



Come posso disdire la polizza?

- La Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata con avviso di ricevimento/pec alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.
- In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata o PEC almeno un mese prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale o data di invio della PEC
- In caso di contratto assicurativo con tacito rinnovo la disdetta contrattuale dovrà esser inviata da una delle Parti con lettera raccomandata a/r (al seguente indirizzo: Harmonie Mutuelle - Gestione Portafoglio sita in Via Papa Leone XIII 14 - Milano 20145) o Pec harmoniemutuelle@legalmail.it almeno 30 giorni prima della scadenza, diversamente, il Contratto verrà prorogato per un anno e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

ASSICURAZIONE INFORTUNI

DIP Aggiuntivo Danni

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo

relativo a prodotti assicurativi danni



Compagnia: Harmonie Mutuelle

Società costituita in base a leggi di altro Stato

Prodotto: “PROTEZIONE INFORTUNI E IPM 3.1”

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato redatto a Milano il 1 Aprile 2021 ed è l'ultima edizione disponibile

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

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

Harmonie Mutuelle

sede legale: Parigi, Rue Blomet, 143 Francia

sede secondaria: Via Leone XIII, 14 20145 Milano

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964,

Repertorio Economico Amministrativo (REA): MI – 2008684 –

E- Mail: info@harmoniemutuelleitalia.it

Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it

Sito Internet: <http://www.harmonie-mutuelle-italia.it>

La società esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con codice Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013.

L'ammontare del patrimonio netto alla data del 31 dicembre 2020 è pari a Euro 3.242.903.130 miliardi di cui Euro 1.567.313.242 miliardi di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 301%.

Al presente contratto si applica la Legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione copre gli infortuni subiti dall'assicurato nello svolgimento dell'attività professionale indicata in polizza e ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità riguardanti la vita domestica, sociale e ricreativa

A maggior precisazione di quanto indicato nel DIP Danni le prestazioni assicurate sono:

- Garanzia Morte:

In caso di Infortunio che provochi la Morte dell'Assicurato, entro 730 (settecentotrenta) giorni dall'Infortunio stesso, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato in Polizza/Certificato di assicurazione ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi in parti uguali.

- Garanzia Morte Presunta:

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presume sia avvenuta la Morte, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato in Polizza/Certificato di assicurazione ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi in parti uguali.

- Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio:

Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per tale garanzia, secondo la tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - e successive modificazioni con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista..

- Garanzia Invalidità Permanente da Malattia (se scelta dal Contraente):

L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia (**purché non compresa tra quelle indicate nelle esclusioni**) che insorga nel corso del presente contratto. **La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro un anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso.**

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE INFORTUNI INDENNIZZABILI	<p>Sono, altresì, considerati infortuni indennizzabili ai sensi della presente Assicurazione anche:</p> <ul style="list-style-type: none">• l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;• gli avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;• le infezioni od avvelenamenti da morsi o punture in genere;• l'annegamento;• l'assideramento o congelamento;• la folgorazione;• i colpi di sole, di calore o di freddo;• le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;• le ernie addominali traumatiche con le limitazioni di cui all'art. 1.2 del presente capitolo;• le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe e slavine.• in via esemplificativa si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti all'Assicurato:• dalla pratica non professionale di qualsiasi sport;• per scariche elettriche e da contatto con corrosivi;• durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge;• durante scalate di rocce ed accesso a ghiacciai fino al 3° grado, oltre purché non in solitaria;• per imperizie, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;• rapine, tentate rapine, estorsioni, attentati, tentativi di sequestro, sequestri, tumulti popolari, atti di Vandalismo, atti violenti od aggressioni in genere. Fermo restando le Condizioni Generali di Assicurazione;• azioni di dirottamento o di pirateria aerea.
---	---

OPZIONI CHE NON COMPORTANO NÉ LA RIDUZIONE DEL PREMIO, NÉ IL PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO.

Attività temerarie	<p>In caso di morte o Invalidità Permanente determinata da un infortunio e derivante da una delle seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none">a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala U.I.A.A.;b) speleologia effettuata in solitario;c) immersione con autorespiratore oltre i 18 (diciotto) metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia);
---------------------------	---

	<p>Non rientrano in garanzia le attività temerarie sopra elencate per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.</p> <p>La presente estensione si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.</p>
Rischi sportivi	<p>In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, l'Assicurazione si intende operante per gli infortuni - indennizzabili a termini di polizza - occorsi durante l'esercizio delle pratiche sportive non professionali in genere svolte a scopo agonistico.</p> <p>Restano pertanto escluse da tale definizione tutte quelle attività ricreative escluse dalle Condizioni di Assicurazione e per le quali l'assicurato percepisce una qualsiasi forma di compenso, ivi compresi ad esempio i rimborsi spese.</p> <p>La presente estensione si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.</p>
Mezzi speciali	<p>In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, in caso di morte o di invalidità permanente l'Assicurazione si intende operante per gli infortuni - indennizzabili a termini di polizza - occorsi all'Assicurato durante la guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea. Restano escluse da tale definizione tutte quelle attività ricreative escluse dalle Condizioni di Assicurazione e per le quali l'assicurato percepisce una qualsiasi forma di compenso, ivi compresi ad esempio i rimborsi spese. La presente estensione si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.</p>
Rischio volo	<p>L'assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso. Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato, fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.</p>
Rischio Guerra	<p>La copertura è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero, dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.</p>
Supervalutazione invalidità permanente	<p>In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, e successive modifiche ed integrazioni.</p>
Anticipo indennizzo	<p>Qualora a seguito di infortunio indennizzabile fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della Società postumi di invalidità permanenti superiori al 20% della totale, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile con il massimo di € 150.000,00.</p> <p>Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla Società nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate</p>
Rimborso spese mediche da infortunio	<p>La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza - indipendentemente dalle franchigie di Invalidità Permanente applicate, il costo delle cure mediche sostenute. Per costo delle cure mediche si intendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spese ospedaliere o cliniche; • Onorari a medici e a chirurghi; • Costo degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; • Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio; • Spese fisioterapiche in genere e medicinali; • Spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie. <p>Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.</p>

Malattie tropicali	La garanzia di cui alla presente polizza è estesa anche ai casi di invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 giorni dalla scadenza della stessa. Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 07/02/1938 n. 281 e successive modifiche e integrazioni, dalle quali l'Assicurato fosse colpito.
Danni estetici	Si conviene che in caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, la Società rimborserà le spese documentate sostenute dall'assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.
Rimborso spese funerarie	In caso di Morte a seguito di Infortunio indennizzabile ai termini di Polizza, la Società rimborserà le spese funerarie e di cremazione effettivamente sostenute.
Rimpatrio salma	In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria. Non sono indennizzabili le spese funerarie
Commorienza	Qualora il medesimo Infortunio provocasse la Morte dell'Assicurato e del suo Coniuge o convivente separato, e nel caso in cui i Figli minorenni conviventi risultassero unici beneficiari della polizza, la Società erogherà il capitale assicurato per il caso Morte aumentato del 100% (cento per cento). Ai Figli minorenni verranno equiparati i Figli maggiorenni qualora gli stessi fossero già portatori di Invalidità Permanente di grado superiore al 60% (sessanta per cento). La presente estensione di garanzia non si applica nei casi di rischio volo.
Stato di coma da infortunio	Se un Assicurato è vittima di un Infortunio assicurabile ai sensi della presente polizza ed è clinicamente accertato che è rimasto in coma per un periodo ininterrotto di più di dieci giorni, la Società pagherà al Beneficiario indicato un Indennizzo di € 100 (€ cento) al giorno per ogni giorno trascorso in coma, per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni. L'importo versato in relazione a questo Indennizzo viene detratto dagli Indennizzi previsti in caso di "Morte o Invalidità Permanente Totale o Parziale, assoluta e definitiva, derivante da un Infortunio
Incidenti su mezzi pubblici di trasporto	Nel caso di Infortunio avvenuto a bordo di un Mezzo Pubblico di trasporto terrestre, che provochi la Morte o postumi di Invalidità Permanente pari o superiori al 50% (cinquanta per cento) all'Assicurato trasportato quale passeggero, la Società erogherà la somma assicurata aumentata del 15% (quindici per cento).
Ustioni	La Società liquida agli Assicurati, in caso di infortunio - indennizzabile a termini di polizza - a seguito del quale l'Assicurato riporti un'ustione di 2° o 3° grado, un'indennità calcolata sulla base dell'estensione della ustione riportata, come di seguito: <ul style="list-style-type: none"> • oltre 25% della superficie corporea: € 10.000 • tra il 16% e il 25% della superficie corporea: € 5.000 • tra il 10% e il 15% della superficie corporea: € 1.500
Effetti personali	In seguito a infortunio indennizzabile a termini di polizza, in caso di Danni materiali che interessano i vestiti e gli accessori (orologi, gioielli, pelletteria) indossati dall'Assicurato che è vittima di Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo, affinché possa sostituire i suoi vestiti e / o accessori personali danneggiati, su presentazione di giustificativo e di denuncia effettuata presso le competenti autorità.
Rimborso costi di assistenza psicologica	In caso di morte o Invalidità Permanente a seguito di Infortunio indennizzabili ai sensi della presente polizza - e in presenza di prescrizione medica -, l'Assicuratore rimborsa il costo delle consulenze di uno psicologo, Il Rimborso è versato: <ul style="list-style-type: none"> • in caso di morte dell'Assicurato, al suo Beneficiario, nei limiti in cui questo sia un parente di primo grado dell'Assicurato; o • negli altri casi, all'Assicurato stesso, previa presentazione alla Società delle fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo. Al fine di ottenere il rimborso dei costi di assistenza psicologica, il Beneficiario deve fornire alla Società: <ul style="list-style-type: none"> • le fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo. una copia del certificato di stato di famiglia o altro documento comprovante la parentela di primo grado con l'Assicurato
Lenti e Occhiali	Qualora un Assicurato riporti a seguito di infortunio - indennizzabile a termini di polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente - un Danno a lenti/occhiali, l'Assicuratore

	<p>rimborserà i costi sostenuti dall'Assicurato in relazione all'acquisto, sostituzione o riparazione degli occhiali o delle lenti a contatto - portati in base a prescrizione sanitaria per la correzione del visus - nonché i costi di un'eventuale visita oculistica che si renda necessaria. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare il danneggiamento degli occhiali/lenti all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il danno a lenti/occhiali sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale</p>
Cure dentarie	<p>Qualora un Assicurato, a causa di un infortunio - indennizzabile a termini di polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente - ed entro due anni dallo stesso, riporti un Danno odontoiatrico, la Società rimborserà all'Assicurato le spese sostenute per le cure dentarie. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare il Danno odontoiatrico all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il Danno odontoiatrico sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale.</p>
Figli a carico	<p>Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato, la garanzia caso Morte da infortunio si intende incrementata del 5% per ogni figlio minore di 18 anni fino a un massimo del 15%.</p>
Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'assicurato	<p>Nel caso di Infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente almeno superiore al 40% (quaranta per cento), la Società erogherà all'Assicurato una somma aggiuntiva fino al 15% (quindici per cento) della somma assicurata per Invalidità permanente entro il limite aggiuntivo di 15.000 (quindicimila) euro. Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto dietro presentazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assicurato ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta; • fatture relative alle opere di modifica/attrezzatura del veicolo abitualmente utilizzato dall'Assicurato, per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla propria perdita di autonomia.
Assistenza amministrativa	<p>Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato, la Società rimborsa le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute dal coniuge/convivente e/o dai figli a carico dell'Assicurato per la gestione delle incombenze amministrative immediatamente successive all'evento luttuoso, come di seguito indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conti bancari o generiche posizioni di risparmio; • datore di lavoro e Ente di formazione secondaria o superiore; • assicurazioni; • eredità; • servizi, abbonamenti o contratti di locazione (elettricità, gas, acqua, telefono, televisione); • oneri fiscali.
Riabilitazione	<p>In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e conseguente ad un infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza la società rimborserà i costi sostenuti per l'ideazione e lo sviluppo di un piano riabilitativo da parte di una struttura specializzata a scelta dell'Assicurato (previo consenso della Società stessa), che gli consenta di riprendere le normali Attività della vita quotidiana.</p>
Retraining	<p>In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento), se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza l'incapacità dell'Assicurato di riprendere l'occupazione professionale precedente l'infortunio, la Società rimborsa (previo consenso della Società stessa), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute dall'Assicurato - - per effettuare un percorso di abilitazione professionale al fine di consentire allo stesso il ricollocamento con un'occupazione alternativa presso la propria azienda.</p>
Spese di nuova assunzione	<p>Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato o la conseguente incapacità dello stesso di riprendere l'occupazione precedente l'infortunio o un'occupazione alternativa presso la Contraente stessa dopo aver attivato la copertura di Retraining, la Società rimborsa (previo consenso della Società stessa), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute per l'impiego da parte</p>

	<p>della Contraente di una Società di ricerca e selezione del personale (preventivamente approvata dalla Società stessa) per la ricerca e la selezione di un nuovo dipendente.</p> <p>Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato oppure una Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e la conseguente l'incapacità dello stesso di riprendere l'occupazione precedente l'infortunio o un'occupazione alternativa presso la Contraente stessa dopo aver attivato la copertura di cui all'art. Retraining, la Società rimborsa (previo consenso della Società stessa), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute per l'impiego da parte della Contraente di una Società di ricerca e selezione del personale (preventivamente approvata dalla Società stessa) per la ricerca e la selezione di un nuovo dipendente.</p>
Eventi aziendali	<p>La presente garanzia vale solo per gli Infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali, esclusivamente all'interno dei siti aziendali, previa esplicita richiesta del Contraente, mentre gli stessi stiano partecipando all'evento aziendale organizzato dal Contraente.</p> <p>L'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni. Per evento aziendale si intende l'evento, la manifestazione ufficiale o l'esibizione organizzati dal Contraente, della durata massima di 12 (dodici) ore continuative a cui partecipino dipendenti del Contraente e terzi (a titolo di esempio: cene aziendali, meeting, giornate aziendali, congressi, convegni, corsi, ecc.).</p> <p>La copertura sarà operante per tutto il tempo in cui gli Assicurati Addizionali parteciperanno alla manifestazione nei locali e negli spazi a questa adibiti, indipendentemente dall'attività che essi svolgano.</p> <p>Per l'attivazione della presente estensione di copertura il Contraente dovrà comunicare per iscritto alla Società, tramite fax o altro strumento informatico con invio documentabile e databile, la data fissata per l'evento almeno 24 (ventiquattro) ore prima dell'inizio dello stesso. In caso la richiesta preveda elementi difformi da quanto previsto ai precedenti paragrafi, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta alla Società almeno 2 (due) giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento.</p>
Esposizione agli Elementi	<p>La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Assicurazione, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire il decesso o lesioni organiche permanenti.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
Limitazione della garanzia ai soli rischi professionali	<p>La copertura è valida esclusivamente per gli infortuni che avvengono durante il lavoro e durante l'abituale percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (in itinere).</p>
Limitazione della garanzia ai soli rischi extra-professionali	<p>La copertura è valida esclusivamente per gli infortuni avvenuti al di fuori del lavoro.</p>
Clausola dirigenti	<p>Per gli Assicurati aventi la qualifica di dirigente presso il Contraente, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto, e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della capacità totale. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i dirigenti da ritenersi assicurati non sono oggetto di o presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie. In aggiunta a quanto sopra, l'assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, esclusi comunque il paracadutismo e gli sport aerei in genere.</p>
Diaria da gesso	<p>Qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera garantita. Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate o da altro apparecchio immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e/o rimosso da personale medico.</p>

Diaria da ricovero a seguito di infortunio	La Società corrisponde agli Assicurati, in caso di ricovero a seguito di infortunio, in ospedale o casa di cura, la somma giornaliera indicata in Polizza sino a che dura il ricovero. La Società effettuerà il pagamento, dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'ospedale o casa di cura, dal quale risulti la descrizione dell'infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero. Il pagamento sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altro Indennizzo di cui eventualmente fruisca l'Assicurato.
Inabilità temporanea da infortunio	<p>Qualora l'Infortunio provocasse una Inabilità Temporanea al lavoro, la Società liquiderà l'indennità giornaliera riportata sul Certificato di assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si sarà trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate; • Parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non avrà potuto attendere, anche in parte, alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica. <p>La Società cesserà la corresponsione dell'indennità il giorno in cui il trattamento medico dell'Assicurato fosse considerato completo da idonea certificazione medica, o l'inabilità al lavoro fosse terminata, oppure il grado di Invalidità Permanente potrà essere determinato, o ancora con la morte dell'Assicurato. Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiarasse ancora inabile al lavoro, la Società sarà obbligata a continuare la corresponsione dell'indennità solo nel caso in cui la continuazione di detta incapacità sarà dichiarata da adeguata certificazione medica, preparata ed inviata alla Società stessa a periodi non superiori a 14 (quattordici) giorni consecutivi.</p>
Diaria da ricovero infortunio e malattia	In caso di ricovero in ospedale o casa di cura a seguito di evento qualificabile come infortunio a termini di polizza o malattia insorta per la prima volta in epoca non anteriore al 31° giorno da quello in cui ha avuto inizio la garanzia di polizza, la Società paga all'Assicurato l'indennità giornaliera stabilita in polizza sino a che dura il ricovero, ma entro il limite massimo indicato in polizza. Il primo ed ultimo giorno di ricovero non sono indennizzabili. Il pagamento sarà effettuato dalla Società a partire dal secondo giorno di ricovero e indipendentemente da ogni altra assicurazione pubblica o privata di cui eventualmente fruisca l'Assicurato, dietro presentazione di un certificato dal quale risulti la durata del ricovero e la descrizione dell'infortunio o della malattia.
Diaria da convalescenza post ricovero importante	<p>La società In caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricovero necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza corrisponde all'assicurato l'importo giornaliero assicurato, per ogni giorno di convalescenza, a partire dal giorno Successivo a quello di dimissioni dell' assicurato dall'istituto di cura, con il limite massimo di 20 giorni per sinistro o, se più favorevole per l'assicurato, per un numero di giorni non superiori a 3 volte quelli di ciascun ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni per sinistro. <p>Le indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero verrà corrisposta in quanto necessaria per la guarigione clinica o per la stabilizzazione dei postumi e purché, la stessa, sia prescritta e documentata dai sanitari che hanno avuto in cura l'assicurato o dal medico curante e sempre che l'assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa.</p>
Franchigie	Inserimento di franchigie sulla garanzia Invalidità permanente da infortuni



Che cosa non è assicurato?

A maggior precisazione di quanto indicato nel DIP Danni, sono da escludere per il rischio Morte o Invalidità Permanente a seguito di Infortunio:

- 1) le attività temerarie elencate nella garanzia *attività temerarie* per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.
- 2) per la garanzia *rischio volo*, i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.
- 3) per la garanzia *"Rimborso spese mediche da infortunio"*, le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.
- 4) per la garanzia *"Effetti personali"*, il rimborso per i danni:
 - Per eventi diversi da quelli derivanti da Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo;
 - Per mezzi di pagamenti, in particolare, denaro, assegno e carte di credito;
 - Per documenti di identità e documenti ufficiali;
 - Per dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto;
 - Per telefoni cellulari;
 - Per apparecchi audiovisivi, telecamere, video o accessori hi-fi.
- 5) per la garanzia *"Lenti e Occhiali"*, le richieste di rimborso correlate a cure e visite oculistiche preventive o di controllo.
- 6) per la garanzia *"Cure dentarie"*, le richieste di rimborso correlate a cure o visite dentistiche preventive o di controllo, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo le devitalizzazioni.
- 7) per la garanzia *"Diaria da ricovero infortunio e malattia"*:
 - le malattie professionali o previste dalle leggi sull'assicurazione obbligatoria;
 - i casi di gravidanza, parto, aborto e per malattie agli organi genitali femminili di riproduzione;
 - esami medici periodici o di controllo, per cure e protesi dentarie, per cure fisioterapiche, pronto soccorso, chirurgia plastica, per malattie veneree e sifilide, per anomalie congenite e alterazioni da esse determinate o derivate, per malattie mentali o del sistema nervoso, per cure del sonno;
 - i casi di autolesionismo e suicidio tentati o consumati;
 - malattie determinate da: guerra, invasioni, ostilità od operazioni di guerra (anche in caso di guerra non dichiarata), rivolte, tumulti popolari, guerra civile, rivoluzioni, insurrezioni, leggi marziali, stato d'assedio, quarantena, armi o strumenti che impieghino scissione dell'atomo o energia radioattiva sia in periodo di pace che di guerra;
 - durante il servizio militare, sia in caso di leva che di richiamo a qualsiasi titolo;
 - i ricoveri determinati da condizioni patologiche precedenti alla sottoscrizione della polizza, croniche o recidivanti;
 - i casi di sindrome da immunodeficienza acquisita.

Per il rischio di Invalidità Permanente a seguito di Malattia restano escluse:

- Malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;
- Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- Trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Eventi connessi a Guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- Dolo dell'Assicurato;
- Malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modifiche.



Ci sono limiti di copertura?

Per il rischio Morte o Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

Ove non diversamente concordato l'assicurazione per alcune garanzie prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come elencati di seguito:

Garanzia	Franchigia e sotto limiti	Limite di indennizzo
Massimo risarcimento		€ 15.000.000,00
Ernie addominali traumatiche: -Ernia anche se bilaterale non operabile -Ernia del disco intervertebrale		- 10% della somma assicurata per Invalidità permanente totale - Solo inabilità temporanea per un max di 30 giorni successivi all'infortunio

Attività temerarie	Sotto limite del 50% della somma assicurata (eccetto per i dirigenti)	€ 100.000,00
Rischi sportivi	Sotto limite del 50% della somma assicurata	€ 100.000,00
Mezzi speciali	Sotto limite del 50% della somma assicurata	€ 100.000,00
Rischio guerra		Massimo per 14 giorni dall'inizio delle ostilità
Supervalutazione invalidità permanente		100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%
Anticipo indennizzo		€ 150.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio		€ 5.000,00 o del maggior importo indicato in polizza per ciascuno degli assicurati, per ogni evento e per periodo assicurativo
Malattie tropicali	Franchigia relativa del 20% in caso di Invalidità Permanente	€ 500.000,00
Danni estetici		€ 6.000,00
Rimborso spese funerarie		€ 5.000,00 per Sinistro
Rimpatrio salma		€ 5.000,00
Commorienza		limite aggiuntivo di ulteriori € 100.000,00
Stato di coma da infortunio		trecentosessantacinque giorni
Incidenti su mezzi pubblici di trasporto		limite aggiuntivo di € 50.000,00
Effetti personali		€ 1.000,00 con il limite di € 150,00 per singolo oggetto
Rimborso costi di assistenza psicologica		€ 5.000,00 per evento
Lenti e Occhiali		€ 250,00 per anno e per evento
Cure dentarie		€ 250,00 per anno e per evento
Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'assicurato		€ 15.000,00
Assistenza amministrativa		€ 2.000,00
Riabilitazione	Franchigia 35%	€ 10.000,00 per Assicurato
Retraining	Franchigia 35%	€ 5.000,00
Spese di nuova assunzione	Franchigia 35%	€ 2.500,00 per evento
Eventi aziendali		Massimale: Somma assicurata pre-determinata ciascuna in € 100.000,00 per ciascun Assicurato Addizionale. Franchigia: 3% - non applicabile solo per Invalidità Permanente > 10%.
Limiti Condizioni Facoltative (attivate se scelte dal Contraente)		
Indennità da gesso	L'indennità giornaliera garantita è per un periodo massimo di 30 giorni. Franchigia: la prima e l'ultima notte di ricovero non sono indennizzabili	
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	L'indennità giornaliera garantita è per un periodo di ricovero massimo di 360 giorni per ciascuna annualità assicurativa. Franchigia: la prima e l'ultima notte di ricovero non sono indennizzabili.	
Diaria da inabilità temporanea da infortunio	L'indennità per Inabilità Temporanea garantita è per un periodo massimo di 365 giorni consecutivi. Franchigia: i primi 7 giorni dall'infortunio non sono indennizzabili.	
Limiti per il rischio Invalidità Permanente a seguito di Malattia (attivabile a scelta del Contraente):		

Franchigia	Per ogni sinistro si applica una franchigia del 24%. La Compagnia garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza del capitale assicurato secondo il seguente criterio:																																																
	- se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 24% della totale, non viene liquidato alcun sinistro;																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>% di Invalidità Permanente accertata</th> <th>Indennizzo % del capitale assicurato</th> <th>% di Invalidità Permanente accertata</th> <th>Indennizzo % del capitale assicurato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25%</td><td>5%</td><td>56%</td><td>77,5%</td></tr> <tr><td>26%</td><td>8%</td><td>57%</td><td>80%</td></tr> <tr><td>27%</td><td>11%</td><td>58%</td><td>82,5%</td></tr> <tr><td>28%</td><td>14%</td><td>59%</td><td>85%</td></tr> <tr><td>29%</td><td>17%</td><td>60%</td><td>87,5%</td></tr> <tr><td>30%</td><td>20%</td><td>61%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>31%</td><td>23%</td><td>62%</td><td>92,5%</td></tr> <tr><td>32%</td><td>26%</td><td>63%</td><td>95%</td></tr> <tr><td>33%</td><td>29%</td><td>64%</td><td>97,5%</td></tr> <tr><td>34%</td><td>32%</td><td>65%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>35%-55%</td><td>35%-55%</td><td>Oltre</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	25%	5%	56%	77,5%	26%	8%	57%	80%	27%	11%	58%	82,5%	28%	14%	59%	85%	29%	17%	60%	87,5%	30%	20%	61%	90%	31%	23%	62%	92,5%	32%	26%	63%	95%	33%	29%	64%	97,5%	34%	32%	65%	100%	35%-55%	35%-55%	Oltre	100%
	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato																																													
	25%	5%	56%	77,5%																																													
	26%	8%	57%	80%																																													
	27%	11%	58%	82,5%																																													
	28%	14%	59%	85%																																													
	29%	17%	60%	87,5%																																													
	30%	20%	61%	90%																																													
	31%	23%	62%	92,5%																																													
	32%	26%	63%	95%																																													
	33%	29%	64%	97,5%																																													
34%	32%	65%	100%																																														
35%-55%	35%-55%	Oltre	100%																																														
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> - L'assicurazione non è attivabile per le persone di età superiore ai 70 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età; - La liquidazione del danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore alla franchigia del 24 %. - La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da: alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'assicurato medesimo. - Sono altresì non assicurabili gli sportivi professionisti, i piloti o gli equipaggi aerei, il personale imbarcato su navi ed i militari in servizio. - Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano. <p>l'Assicurazione non vale durante i soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente</p>																																																

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro per la Garanzia Morte o Invalidità Permanente a seguito di infortunio. L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia di Sinistro, Richiesta di indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Società. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro. Per la denuncia di sinistro scrivere a: Harmonie Mutuelle Italia - Rappresentanza Generale per l'Italia - Divisione Sinistri, email: gestione.sinistri@harmoniemutuelleitalia.it . Colui che richiede l'indennità e/o i rimborsi prestati da questa polizza, deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società; a tale fine, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.
	Denuncia di Sinistro per la Garanzia Invalidità Permanente da Malattia
	La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata per iscritto - dalla Contraente o dall'Assicurato - all'Impresa alla quale è assegnata la polizza.

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>La denuncia stessa deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della malattia.</p> <p>Alla denuncia debbono essere anche allegati o debbono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Trascorsi i 30 giorni dalla denuncia della malattia, la Contraente o L'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.</p> <p>L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio. Dichiarazione inesatta o reticenze possono comportare sia il mancato Indennizzo del danno o un Indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</p>
Obblighi dell'Impresa	<p>Harmonie Mutuelle, ricevuta la necessaria documentazione, determinato l'indennizzo e successiva accettazione dello stesso da parte dell'assicurato provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.</p> <p>Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità fosse già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.</p>
Prescrizione	<p>I diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
---------------	--



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
---------------	--



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipula	L'Assicurato può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto
Risoluzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone individuate dalla contraente purché stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: le provvigioni relative al prodotto possono differire in base all'intermediario alla quale è assegnata la polizza. Il costo di intermediazione medio (senza considerare eventuali rappels e simili), cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è circa il 18,00% del premio assicurativo imponibile (al netto delle imposte).

Compensi: il totale da pagare può essere comprensivo dell'eventuale compenso concordato con l'intermediario per l'attività di consulenza e assistenza prestata, come consentito dall'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni private e relative norme di attuazione. L'importo del compenso è riconosciuto ad ogni ricorrenza annuale della polizza e non è in alcun modo una componente del premio assicurativo, né ad esso assimilabile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
Eventuali Reclami possono essere presentati all'Impresa Assicuratrice o all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:	
All'Impresa Assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Reclami • Harmonie Mutuelle Italia • Fax: 02 99 37 10 44 • E-mail: ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it <p>La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami di Harmonie Mutuelle con sede in Milano Via Papa Leone XIII 14 Milano.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma; • via fax 06/42133353 oppure 06/42133745; • via Pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it; <p>Corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.</p> <p>In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA È POSSIBILE AVVALERSI DI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE, QUALI:	
Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi del seguente sistema alternativo di risoluzione delle controversie:</p> <p>Collegio Medico In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa.</p> <p>Mediazione Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. Per attivare la procedura, il contraente, l'Assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro. La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.</p> <p>Negoziazione Assistita Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice</p>
PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (cd. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE IL CONTRATTO STESSO NON POTRÀ ESSERE GESTITO TELEMATICAMENTE.	
SE VIENE RICHiesto IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.	

Protezione Infortuni e IPM 3.1

GARANZIA INFORTUNI E IPM

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le informazioni relative all'assicurazione riportate in questa pagina hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su alcuni aspetti relativi alle condizioni del contratto di assicurazione che sono riportate nelle pagine seguenti.

Si conviene pertanto quanto segue:

- L'assicurazione è operante esclusivamente per le garanzie per le quali è stato corrisposto il relativo premio e per le persone indicate in polizza;
- L'assicurazione è prestata per le somme assicurate indicate in polizza;
- Alcune garanzie possono prevedere limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie per maggior dettaglio si rinvia alle Condizioni di Assicurazione richiamate in polizza;
- Le limitazioni e le esclusioni contrattuali, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, sono esplicitate negli articoli delle Condizioni di Assicurazione

Condizioni Generali di Assicurazione, comprensiva del Glossario
Fac-simile modulo di proposta contrattuale
Informativa sui trattamenti dei dati personali
Fac-Simile modello di reclamo

SOMMARIO

1	OGGETTO E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	6
1.1	Oggetto dell'assicurazione - Infortuni Indennizzabili.....	6
1.2	Limitazione relativa alle ernie.....	6
1.3	Esclusioni	6
1.4	Attività temerarie.....	7
1.5	Rischi sportivi.....	7
1.6	Mezzi speciali.....	7
1.7	Persone non assicurabili - Limiti di età.....	7
1.8	Rischio volo.....	8
1.9	Rischio Guerra	8
1.10	Limiti di risarcimento	8
1.11	Limiti territoriali	8
2	PRESTAZIONI ASSICURATE	8
2.1	Morte da Infortunio	8
2.2	Morte Presunta	8
2.3	Invalità permanente da infortunio	8
2.4	Indennizzo Speciale - Supervalutazione invalidità permanente.....	9
2.5	Anticipo indennizzo	9
2.6	Cumulo di indennizzo	9
2.7	Criteri di indennizzabilità	9
2.8	Altre assicurazioni	9
3	SINISTRI	9
3.1	Denuncia di sinistro - obblighi relativi	9
3.2	Prova	10
3.3	Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro.....	10
4	NORME COMUNI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	10
4.1	Rinnovo del contratto	10
4.2	Recesso in caso di sinistro	10
4.3	Anticipata risoluzione del contratto.....	10
4.4	Forma delle comunicazioni	10
4.5	Variazioni del rischio	10
4.6	Dichiarazioni del Contraente/Assicurato	10
4.7	Oneri fiscali.....	11
4.8	Rinvio alle norme di legge.....	11

4.9	Competenza territoriale	11
4.10	Rinuncia alla rivalsa	11
4.11	Assicurazione per conto altrui	11
4.12	Buona fede	11
4.13	Clausola Broker	11
5	PREMIO DI ASSICURAZIONE	11
5.1	Pagamento del Premio	11
5.2	Regolazione del Premio	11
6	CONDIZIONI PARTICOLARI SEMPRE VALIDE ED OPERANTI	12
6.1	Rimborso spese mediche da infortunio	12
6.2	Franchigia per IP - Sempre operante	12
6.3	Malattie tropicali	12
6.4	Danni estetici	13
6.5	Rimborso spese funerarie	13
6.6	Rimpatrio salma	13
6.7	Commorienza	13
6.8	Stato di coma da infortunio	13
6.9	Incidenti su mezzi pubblici di trasporto	13
6.10	Ustioni	13
6.11	Effetti personali	13
6.12	Rimborso costi di assistenza psicologica	14
6.13	Lenti e Occhiali	14
6.14	Cure dentarie	14
6.15	Figli a carico	14
6.16	Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'assicurato	14
6.17	Assistenza amministrativa	14
6.18	Riabilitazione	15
6.19	Esposizione agli elementi	15
7	SEZIONE COLLETTIVE - CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI	15
7.1	Suddivisione rischio	15
7.2	Aspettativa	15
7.3	Retraining	15
7.4	Spese di nuova assunzione	15
7.5	Clausola dirigenti	15
7.6	Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni	16

7.7	Responsabilità civile del contraente	16
7.8	Eventi aziendali	16
8	PRESTAZIONI AGGIUNTIVE VALIDE SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE	16
8.1	Limitazione alle garanzie degli infortuni professionali	16
8.2	Limitazione alle garanzie degli infortuni extraprofessionali	17
8.3	Indennità da gesso	17
8.4	Diaria da ricovero a seguito di infortunio	17
8.5	Diaria da inabilità temporanea da infortunio	17
8.6	Diaria da ricovero infortunio e malattia	17
8.7	Deroga al tacito rinnovo	17
8.8	Franchigie invalidità permanente da infortunio	18
8.9	Rischio Conducente e Trasportato	19
9	SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	19

GLOSSARIO

La presente parte del set informativo contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, in un contratto assicurativo. Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nella Condizioni di Assicurazione.

Aggravamento del rischio: Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.

Arbitrato: Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. È normalmente prevista dai contratti di assicurazione.

Assicurato: La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché il titolare del diritto all'eventuale indennizzo/risarcimento.

Assicuratore: L'Impresa di assicurazione.

Assicurazione: L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.

Assicurazione infortuni: L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'assicurato un indennizzo o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a un infortunio.

Assicurazione malattia: L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'assicurato un indennizzo o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a una malattia.

Beneficiario: La persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione dell'assicuratore, qualora si verifichi l'evento assicurato

Broker/Agente: Intermediario che agisce su incarico dell'Isritto e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritto nella sezione A o B del R.U.I.

Certificato di assicurazione: Il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

Condizioni di assicurazione: Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Condizioni particolari: L'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

Contraente: Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e che si obbliga a pagare il premio.

Danno: È il pregiudizio subito dall'assicurato in conseguenza di un sinistro.

Data di effetto del contratto: Data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.

Data di effetto della copertura: Data di inizio della copertura, a partire dalla quale le garanzie assicurative previste dal contratto sono efficaci.

Dati personali: Qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile.

Decorrenza della garanzia: Momento in cui le garanzie divengono operanti ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Denuncia di sinistro: Comunicazione secondo le modalità previste dal contratto, che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro.

Diaria: Garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno d'inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente ad infortunio o malattia.

Diaria da ricovero: Garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno di degenza in istituti di cura dovuta a infortunio o malattia.

Dichiarazioni precontrattuali: Informazioni relative al rischio fornite dal contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.

Diminuzione del rischio: Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

Diritto di recesso: È il diritto di ripensamento del contraente, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla gli effetti.

Disdetta: La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale: Lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

Franchigia/scoperto: Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'assicurato.

Franchigia assoluta: La franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.

Franchigia relativa: La franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.

Inabilità temporanea: È l'incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo.

Indennizzo o Indennità: È la somma dovuta dall'assicuratore al beneficiario a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.

Invalità permanente: È la perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

Itinere: Il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n.38/2000 art. 12, e successive modificazioni.

IVASS: Istituto di vigilanza sulle assicurazioni che dal 1° Gennaio 2013 succede in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità ed il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

Limite catastrofale: Esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.

Liquidazione: Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Liquidatore: È il collaboratore autonomo o dipendente di un'impresa di assicurazione incaricato di quantificare sul piano economico il danno verificatosi in conseguenza di un sinistro.

Margine di solvibilità: Misura il patrimonio disponibile dell'Impresa di assicurazioni al netto di quella parte che per legge deve essere accantonata a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati. Rappresenta il patrimonio disponibile in eccesso rispetto a quanto sarebbe strettamente richiesto.

Massimale: È la somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno. È in genere prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nei casi in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

Periodo di assicurazione: Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.

Polizza collettiva: È il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Polizza di assicurazione: È il contratto di assicurazione stipulato dal contraente. In esso sono contenute tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali che quelle particolari.

Premio: È la somma di denaro che il contraente deve corrispondere all'assicuratore per beneficiare dell'assicurazione da lui stipulata.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazioni assicurate: Vedi anche "condizioni particolari", cioè l'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

Principio indennitario: Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Questionario anamnestico: Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere al contraente di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza: Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.

Registro dei Reclami: Il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate a tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.

Rischi esclusi: Sono quelli per i quali non è operante la garanzia prestata dall'assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Rischio: È la probabilità che si verifichi l'evento assicurato moltiplicata per l'entità del danno conseguente.

Riserve: Sono somme che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati.

Rivalsa: È il diritto che spetta all'assicuratore che ha corrisposto un indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

Set Informativo: Documento che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della stipula del contratto di assicurazione contenente le informazioni relative all'impresa di assicurazione e al contratto stesso, previste dalla normativa vigente.

Sinistro: È il verificarsi dell'evento coperto dall'assicurazione.

Somma assicurata: È l'importo in relazione al quale l'impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.

Surroga: È la facoltà dell'assicuratore di sostituirsi all'assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il danno sia stato causato da un terzo. È possibile prevedere nel contratto la rinuncia alla surroga da parte dell'assicuratore lasciando così impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

1 OGGETTO E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

1.1 Oggetto dell'assicurazione - Infortuni Indennizzabili

Nei limiti delle Esclusioni e delle somme indicate in Polizza, la presente Assicurazione è prestata per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza e delle occupazioni extraprofessionali, mediante il pagamento dell'indennizzo previsto in relazione alle prestazioni assicurate di cui al successivo Capitolo 3 del presente Contratto. A titolo esemplificativo e non limitativo, la garanzia rischio in Itinere viene compresa durante l'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza; pertanto anche gli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n° 38/2000 - art. 12, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Sono considerati infortuni indennizzabili ai sensi della presente Assicurazione gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una Invalidità Permanente. Sono considerati infortuni indennizzabili ai sensi della presente Assicurazione anche:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- le infezioni od avvelenamenti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- le ernie addominali traumatiche con le limitazioni di cui all'art. 1.2 del presente capitolo;
- le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe e slavine.
- in via esemplificativa si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti all'Assicurato:
- dalla pratica non professionale di qualsiasi sport;
- per scariche elettriche e da contatto con corrosivi;
- durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge;
- durante scalate di rocce ed accesso a ghiacciai fino al 3° grado, oltre purché non in solitaria;
- per imperizie, negligenze o colpa grave, in stato di maleore, incoscienza e vertigini;
- rapine, tentate rapine, estorsioni, attentati, tentativi di sequestro, sequestri, tumulti popolari, atti di Vandalismo, atti violenti od aggressioni in genere. Fermo restando le Condizioni Generali di Assicurazione;
- azioni di dirottamento o di pirateria aerea.

A maggior precisazione si dà atto che sono assicurabili contro gli infortuni anche le persone affette da diabete e da infermità gravi e permanenti, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le rispettive conseguenze. Pertanto, in caso di infortunio la Società corrisponde l'indennità a sensi dell'**art. 2.7 Criteri di indennizzabilità**.

1.2 Limitazione relativa alle ernie

Con riferimento alle ernie addominali traumatiche si dà atto che:

- nel caso in cui l'ernia anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di Invalidità Permanente **non superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale**;
- qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico, di cui all'art. 3.3 Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro.
- se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di Inabilità temporanea, **sempreché sia previsto in polizza, fino ad un periodo di giorni 30 successivi a quello dell'infortunio**.

1.3 Esclusioni

Fermo restando le Esclusioni previste nelle singole sezioni delle presenti Condizioni di Assicurazione e fermo restando quanto previsto dalle singole Prestazioni Opzionali o Aggiuntive, sono esclusi dalla presente Assicurazione gli infortuni e le malattie derivanti:

- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;

- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo.

Si conviene che la Società non è tenuta a garantire alcuna prestazione e non è responsabile del pagamento di alcun sinistro nel caso in cui la prestazione di garanzie assicurative o il pagamento di sinistri dovesse esporla a sanzioni, proibizioni o restrizioni secondo risoluzioni ONU, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

1.4 Attività temerarie

In caso di morte o Invalidità Permanente determinata da un infortunio e derivante da una delle seguenti attività:

- a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala U.I.A.A.;
- b) speleologia effettuata in solitario;
- c) immersione con autorespiratore oltre i 18 (diciotto) metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia);

si applica un sottolimito pari al 50% (cinquanta per cento) della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di € 100.000,00 (centomila), salvo che per gli Assicurati aventi la qualifica di Dirigenti per i quali non troverà applicazione il presente sottolimito.

Non rientrano in garanzia le attività temerarie sopra elencate per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

La presente estensione si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.

1.5 Rischi sportivi

In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, l'Assicurazione si intende operante per gli infortuni - indennizzabili a termini di polizza - occorsi durante l'esercizio delle pratiche sportive non professionali in genere svolte a scopo agonistico.

Restano pertanto escluse da tale definizione tutte quelle attività ricreative escluse dalle Condizioni di Assicurazione e per le quali l'assicurato percepisce una qualsiasi forma di compenso, ivi compresi ad esempio i rimborsi spese.

In caso di morte o Invalidità Permanente causata da un infortunio occorso durante la pratica di sport aerei in genere e del paracadutismo, si applica un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di € 100.000,00.

La presente estensione si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.

1.6 Mezzi speciali

In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, in caso di morte o di invalidità permanente l'Assicurazione si intende operante per gli infortuni - indennizzabili a termini di polizza - occorsi all'Assicurato durante la guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea, **con l'applicazione di un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di € 100.000,00.** Restano escluse da tale definizione tutte quelle attività ricreative escluse dalle Condizioni di Assicurazione e per le quali l'assicurato percepisce una qualsiasi forma di compenso, ivi compresi ad esempio i rimborsi spese. **La presente estensione si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.**

1.7 Persone non assicurabili - Limiti di età

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da: Alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, ove già diagnosticata dal test HIV, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniche depressive, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'assicurato medesimo.

Tuttavia, ciò premesso, si dà atto che la Contraente è esonerata dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione. L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore agli **80 anni**. Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'Assicurazione cessa dalla prima scadenza annuale.

Relativamente alle sole garanzie aventi ad oggetto il verificarsi di una Malattia, l'Assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai 70 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età;
- durante i soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- per patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

1.8 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso. Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato, fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

1.9 Rischio Guerra

La copertura è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero, dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

1.10 Limiti di risarcimento

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del **medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 15.000.000,00** qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.

In detta limitazione rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dalla stessa Azienda/Associata. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

1.11 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

2 PRESTAZIONI ASSICURATE

2.1 Morte da Infortunio

In caso di Infortunio che provochi la Morte dell'Assicurato, entro 730 (settecentotrenta) giorni dall'Infortunio stesso, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato in Polizza/Certificato di assicurazione ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi in parti uguali.

2.2 Morte Presunta

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presuma sia avvenuta la Morte, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato in Polizza/Certificato di assicurazione ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi in parti uguali. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento del capitale da parte della Società, dovesse risultare che l'Assicurato fosse vivo, la Società avrà diritto alla restituzione delle somme erogate. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

2.3 Invalidità permanente da infortunio

a) Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per tale garanzia, secondo la tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - e successive modificazioni con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili.

2.4 Indennizzo Speciale - Supervalutazione invalidità permanente

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, e successive modifiche ed integrazioni, **con il massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente**. In tutti gli altri casi di infortunio, che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50% (cinquanta per cento) la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% (cento per cento) della somma assicurata.

2.5 Anticipo indennizzo

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della Società postumi di invalidità permanenti superiori al 20% della totale, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile con il massimo di € 150.000,00.

Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla Società nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate

2.6 Cumulo di indennizzo

L'indennità per Inabilità Temporanea da Infortunio è cumulabile con quella per Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio. Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 (trecentosessantacinque) giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, la Società corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità fosse già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. Inoltre:

- **Invalidità permanente da malattia:** la garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di "Invalidità permanente da infortunio";
- **Inabilità temporanea da Infortunio:** detta indennità non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per "Diaria da ricovero da infortunio", per la componente infortuni della garanzia "Diaria da ricovero da infortunio e da malattia", "Diaria da gessatura" e "Coma da infortunio";
- **Diaria da ricovero da Infortunio:** detta garanzia non è cumulabile con la garanzia "Inabilità temporanea da infortunio", "Diaria da gessatura" e "Coma da infortunio";
- **Diaria da ricovero da Infortunio e malattia:** relativamente alla componente infortuni di questa garanzia, la stessa non è cumulabile con la garanzia "Inabilità temporanea da infortunio", "Diaria da gessatura" e "Coma da infortunio";
- **Indennità da Gessatura:** detta indennità non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per "Diaria da ricovero da infortunio" dalla componente infortuni della "Diaria da ricovero da infortuni e malattia", "Inabilità temporanea da infortunio" e "Coma da infortunio".

2.7 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

2.8 Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

3 SINISTRI

3.1 Denuncia di sinistro - obblighi relativi

L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia di Sinistro, Richiesta di indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Società. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro. Per la denuncia di sinistro scrivere a: Harmonie Mutuelle Italia - Rappresentanza Generale per l'Italia - Divisione Sinistri, email: gestione.sinistri@harmoniemutuelleitalia.it.

3.2 Prova

Colui che richiede l'indennità e/o i rimborsi prestatati da questa polizza, deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società; a tale fine, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

3.3 Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.** La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

4 NORME COMUNI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

4.1 Rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata o PEC almeno un mese prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale o data di invio della PEC.

4.2 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'Assicurazione. La relativa comunicazione deve essere data mediante lettera raccomandata / PEC ed ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di Premio netto relativa al periodo di Rischio non corso, qualora fosse il Contraente ad esercitare il recesso, lo stesso avrà diritto ad un rimborso pari al 50% del Premio netto corrisposto relativo al periodo per il quale l'Assicurazione non avrà più efficacia.

4.3 Anticipata risoluzione del contratto

Nei casi di recesso previsti dal contratto o di anticipata risoluzione del contratto richiesta dalla Contraente e concordata dalla Società, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

4.4 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/ Assicurato e riconosciuto dalla Società. Qualunque modifica del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

4.5 Variazioni del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 (quindici) giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

4.6 Dichiarazioni del Contraente/Assicurato

La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio. Dichiarazione inesatta o reticenze possono comportare sia il mancato Indennizzo del danno o un Indennizzo **ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

4.7 Oneri fiscali

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

4.8 Rinvio alle norme di legge

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

4.9 Competenza territoriale

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello ove ha sede **l'Intermediario cui è affidata la gestione del Contratto.**

4.10 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

4.11 Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che **dall'Assicurato, così come disposto dall'Art.1891 Codice Civile.**

4.12 Buona fede

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.

Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui ai precedenti artt. 4.5 Variazioni del rischio e 4.6 Dichiarazioni del Contraente/Assicurato.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

4.13 Clausola Broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte **della presente Polizza, l'Impresa dà atto che ogni comunicazione fatta** dalla Contraente all'Intermediario incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata, PEC o mail, **si intenderà come fatta all'Impresa**, come pure ogni comunicazione fatta **dall'intermediario all'Impresa, in nome e per conto della Contraente, si intenderà fatta dalla Contraente stesso**, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

5 PREMIO DI ASSICURAZIONE

5.1 Pagamento del Premio

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, o all'Intermediario cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi stabiliti nel Polizza/Certificato di assicurazione. La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. L'assicurazione decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio risulterà pagato; in caso diverso, decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata o PEC la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione. Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 (trecentosessantacinque) giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche qualora ne fosse stato concesso il frazionamento in due o più rate.

5.2 Regolazione del Premio

Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di Rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo eventualmente stabilito.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione effettuata dalla Società.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente / Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata o PEC, la risoluzione del Contratto.

Per i contratti scaduti per qualsiasi motivo, se il Contraente / Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente / Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Di comune accordo fra le parti si conviene che per le polizze a multipli di retribuzione nessuna appendice di regolazione premio sarà emessa nel caso in cui il relativo ammontare di premio non sia uguale o superiore a € 100,00. Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% rispetto a quello anticipato, il Contraente acconsente che la Società modifichi quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad importo non inferiore al 75% dell'ultimo Premio consuntivo.

In ogni caso, la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale la polizza avrà vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del premio pagato a deposito.

6 CONDIZIONI PARTICOLARI SEMPRE VALIDE ED OPERANTI

Condizioni particolari sempre valide ed operanti salvo diverso patto:

6.1 Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, **in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza** - indipendentemente dalle franchigie di Invalidità Permanente applicate -, il costo delle cure mediche sostenute, **fino a concorrenza per ciascuno degli assicurati, per ogni evento e per periodo assicurativo, di € 5.000,00** o del maggior importo indicato in polizza. Per costo delle cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- costo degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e medicinali;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

6.2 Franchigia per IP - Sempre operante

A parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, è stabilito che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia. (escluso per i Dirigenti)

6.3 Malattie tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa anche ai casi di invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 giorni dalla scadenza della stessa. Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 07/02/1938 n. 281 e successive modifiche e integrazioni, dalle quali **l'Assicurato fosse colpito.**

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo **di € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Morte e € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Invalidità Permanente.**

La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e che la liquidazione verrà fatta dalla società in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita. **La somma assicurata per Invalidità Permanente è in ogni caso soggetta ad una franchigia relativa del 20%, anche ove ciò non sia espressamente indicato nelle condizioni di polizza.**

Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

La Contraente dichiara che al momento della stipula della Polizza gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

6.4 Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, **la Società rimborserà fino ad un massimo di €6.000,00= le spese documentate sostenute dall'assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.**

6.5 Rimborso spese funerarie

In caso di Morte a seguito di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni Generali di Assicurazione, la Società rimborserà le spese funerarie e di cremazione effettivamente sostenute entro il limite massimo di € 5.000,00 per Sinistro.

6.6 Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo pari a Euro 5.000,00. Non sono indennizzabili le spese funerarie

6.7 Commorienza

Qualora il medesimo Infortunio provocasse la Morte dell'Assicurato e del suo Coniuge o convivente separato, e nel caso in cui i Figli minorenni conviventi risultassero unici beneficiari della polizza, la Società erogherà il capitale assicurato per il caso Morte aumentato del 100% (cento per cento) entro il limite aggiuntivo di ulteriori 100.000,00 (centomila) euro. Ai Figli minorenni verranno equiparati i Figli maggiorenni qualora gli stessi fossero già portatori di Invalidità Permanente di grado superiore al 60% (sessanta per cento). La presente estensione di garanzia non si applica nei casi di rischio volo.

6.8 Stato di coma da infortunio

Se un Assicurato è vittima di un **Infortunio assicurabile ai sensi della presente polizza** ed è clinicamente accertato che è rimasto in coma per un periodo ininterrotto di più di dieci giorni, la Società pagherà al Beneficiario indicato un Indennizzo di **€ 100 (€ cento) al giorno per ogni giorno trascorso in coma, per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni.**

L'importo versato in relazione a questo Indennizzo viene detratto dagli Indennizzi previsti in caso di "Morte o Invalidità Permanente Totale o Parziale, assoluta e definitiva, derivante da un Infortunio".

6.9 Incidenti su mezzi pubblici di trasporto

Nel caso di Infortunio avvenuto a bordo di un Mezzo Pubblico di trasporto terrestre, che provochi la Morte o postumi di Invalidità Permanente pari o superiori al 50% (cinquanta per cento) all'Assicurato trasportato quale passeggero, la Società erogherà la somma assicurata aumentata del 15% (quindici per cento) e comunque entro il limite aggiuntivo di 50.000 (cinquantamila) euro.

6.10 Ustioni

La Società liquida agli Assicurati, in caso di infortunio - indennizzabile a termini di polizza - a seguito del quale l'Assicurato riporti un'ustione di 2° o 3° grado, un'indennità calcolata sulla base dell'estensione della ustione riportata, come di seguito:

- oltre 25% della superficie corporea: € 10.000
- tra il 16% e il 25% della superficie corporea: € 5.000
- tra il 10% e il 15% della superficie corporea: € 1.500

6.11 Effetti personali

In seguito a infortunio indennizzabile a termini di polizza, in caso di Danni materiali che interessano i vestiti e gli accessori (orologi, gioielli, pelletteria) indossati dall'Assicurato che è vittima di Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo, la Società indennizzerà l'Assicurato **fino a € 1.000 (mille), con il limite di € 150,00 per singolo oggetto**, affinché possa sostituire i suoi vestiti e / o accessori personali danneggiati, su presentazione di giustificativo e di denuncia effettuata presso le competenti autorità.

Il rimborso per i danni agli effetti personali non avrà luogo:

- **per eventi diversi da quelli derivanti da Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo;**
- **per mezzi di pagamenti, in particolare, denaro, assegno e carte di credito;**
- **per documenti di identità e documenti ufficiali;**
- **per dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto;**
- **per telefoni cellulari;**
- **per apparecchi audiovisivi, telecamere, video o accessori hi-fi.**

Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare i Danni materiali ai vestiti e/o accessori all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio.

6.12 Rimborso costi di assistenza psicologica

In caso di morte o Invalidità Permanente a seguito di **Infortunio indennizzabili ai sensi della presente polizza - e in presenza di prescrizione medica** -, l'Assicuratore rimborsa il costo delle consulenze di uno psicologo, **fino alla somma di € 5.000 (cinquemila) per evento**.

Il Rimborso è versato:

- in caso di morte dell'Assicurato, al suo Beneficiario, **nei limiti in cui questo sia un parente di primo grado dell'Assicurato;** o
- negli altri casi, all'Assicurato stesso, **previa presentazione alla Società delle fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo.**

Al fine di ottenere il rimborso dei costi di assistenza psicologica, il Beneficiario deve fornire alla Società:

- **le fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo.**
- **una copia del certificato di stato di famiglia o altro documento comprovante la parentela di primo grado con l'Assicurato.**

6.13 Lenti e Occhiali

Qualora un Assicurato riporti **a seguito di infortunio - indennizzabile a termini di polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente** - un Danno a lenti/occhiali, l'Assicuratore rimborserà i costi sostenuti dall'Assicurato in relazione all'acquisto, sostituzione o riparazione degli occhiali o delle lenti a contatto - portati in base a prescrizione sanitaria per la correzione del visus - nonché i costi di un'eventuale visita oculistica che si renda necessaria, **fino alla concorrenza massima di Euro 250,00 (duecentocinquanta) per anno e per evento. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare il danneggiamento degli occhiali/lenti all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il danno a lenti/occhiali sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale.**

Esclusioni applicabili alla presente clausola:

Sono escluse dalla copertura le richieste di rimborso correlate a cure e visite oculistiche preventive o di controllo.

La presente garanzia non è cumulabile con l'art. 6.14 Cure dentarie.

6.14 Cure dentarie

Qualora un Assicurato, **a causa di un infortunio - indennizzabile a termini di polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente - ed entro due anni dallo stesso**, riporti un Danno odontoiatrico, la Società rimborserà all'Assicurato le spese sostenute per le cure dentarie **fino alla concorrenza massima di Euro 250,00 (duecentocinquanta) per anno e per evento. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare il Danno odontoiatrico all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il Danno odontoiatrico sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale.**

Esclusioni applicabili alla presente clausola:

Sono escluse dalla copertura le richieste di rimborso correlate a cure o visite dentistiche preventive o di controllo, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo le devitalizzazioni.

La presente garanzia non è cumulabile con la Condizione Particolare Lenti e Occhiali.

6.15 Figli a carico

Se l'**infortunio indennizzabile a termini di polizza** ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato, la garanzia caso Morte da infortunio si intende incrementata del 5% per ogni figlio minore di 18 anni **fino a un massimo del 15%**.

6.16 Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'assicurato

Nel caso di Infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente almeno superiore al 40% (quaranta per cento), la Società erogherà all'Assicurato una somma aggiuntiva fino al 15% (quindici per cento) della somma assicurata per Invalidità permanente entro il limite aggiuntivo di 15.000 (quindicimila) euro. Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto dietro presentazione di:

- fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assicurato ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta;
- fatture relative alle opere di modifica/attrezzatura del veicolo abitualmente utilizzato dall'Assicurato, per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla propria perdita di autonomia.

6.17 Assistenza amministrativa

Se l'**infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato**, la Società rimborsa le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute dal coniuge/convivente e/o dai figli a carico dell'Assicurato per la gestione delle incombenze amministrative immediatamente successive all'evento luttuoso, come di seguito indicate, **fino ad un massimo di € 2.000 (duemila):**

- conti bancari o generiche posizioni di risparmio;
- datore di lavoro e Ente di formazione secondaria o superiore;
- assicurazioni;
- eredità;

- servizi, abbonamenti o contratti di locazione (elettricità, gas, acqua, telefono, televisione);
- oneri fiscali.

6.18 Riabilitazione

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e conseguente ad un infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza, la Società rimborserà fino alla concorrenza massima di Euro 10.000,00 per Assicurato i costi sostenuti per l'ideazione e lo sviluppo di un piano riabilitativo da parte di una struttura specializzata a scelta dell'Assicurato (previo consenso della Società stessa), che gli consenta di riprendere le normali Attività della vita quotidiana.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, per costi di ideazione e sviluppo di un piano riabilitativo si intendono le spese relative a medici, fisioterapisti, cliniche adibite alla rieducazione professionale e al riadattamento funzionale, centri di convalescenza, In Italia la presente garanzia è prestata in forma integrativa alle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale, pertanto si conviene che la stessa varrà solo per le spese o eccedenza di spese documentate sostenute in proprio dall'Assicurato.

6.19 Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Assicurazione, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire il decesso o lesioni organiche permanenti.

7 SEZIONE COLLETTIVE - CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

7.1 Suddivisione rischio

i tassi della presente polizza si intendono così suddivisi:

- **Rischi Professionali** = 60%
- **Rischi Extraprofessionali** = 40%

7.2 Aspettativa

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per malattia, infortunio o maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali ad esempio part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta.

Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio.

Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio, con i criteri di cui all'art. 7.6 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni, che viene confermata, e che il Contraente si impegna ad integrare e a comunicare nei termini dell'articolo 4.5.

7.3 Retraining

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento), se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza l'incapacità dell'Assicurato di riprendere l'occupazione professionale precedente l'infortunio, la Società rimborsa (previo consenso della Società stessa), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute dall'Assicurato - **fino a un massimo di € 5.000 (cinquemila)** - per effettuare un percorso di abilitazione professionale al fine di consentire allo stesso il ricollocamento con un'occupazione alternativa presso la propria azienda.

7.4 Spese di nuova assunzione

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato oppure una Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e la conseguente l'incapacità dello stesso di riprendere l'occupazione precedente l'infortunio o un'occupazione alternativa presso la Contraente stessa dopo aver attivato la copertura di cui all'art. 7.3 Retraining, la Società rimborsa (previo consenso della Società stessa), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute - **fino a un massimo di € 2.500 (cinquemila) per evento** – per l'impiego da parte della Contraente di una Società di ricerca e selezione del personale (preventivamente approvata dalla Società stessa) per la ricerca e la selezione di un nuovo dipendente.

7.5 Clausola dirigenti

Per gli Assicurati aventi la qualifica di dirigente presso il Contraente, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto, e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della capacità totale. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i dirigenti da ritenersi assicurati non sono oggetto di o presentano alcuna

manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie. In aggiunta a quanto sopra, l'assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, esclusi comunque il paracadutismo e gli sport aerei in genere.

7.6 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di Assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del Premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il tasso di Premio (per mille) pattuito, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto. Al Premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il Premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

7.7 Responsabilità civile del contraente

Poiché la presente polizza è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse, quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora gli Assicurati o, in caso di morte, i Beneficiari o gli aventi diritto non accettino a completa tacitazione per l'Infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di indennizzo a titolo di responsabilità civile, gli importi erogabili dalla Società, nella loro interezza, verranno accantonati per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

7.8 Eventi aziendali

La presente garanzia vale solo per gli Infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali, esclusivamente all'interno dei siti aziendali, previa esplicita richiesta del Contraente, mentre gli stessi stiano partecipando all'evento aziendale organizzato dal Contraente. L'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni. Per evento aziendale si intende l'evento, la manifestazione ufficiale o l'esibizione organizzati dal Contraente, della durata massima di 12 (dodici) ore continuative a cui partecipino dipendenti del Contraente e terzi (a titolo di esempio: cene aziendali, meeting, giornate aziendali, congressi, convegni, corsi, ecc.). La copertura sarà operante per tutto il tempo in cui gli Assicurati Addizionali parteciperanno alla manifestazione nei locali e negli spazi a questa adibiti, indipendentemente dall'attività che essi svolgano. La copertura si intende operante per i casi di Morte ed Invalidità Permanente da infortunio, avente la somma assicurata pre-determinata ciascuna in 100.000,00 (centomila) euro per ciascun Assicurato Addizionale. A maggior definizione di questa estensione, indipendentemente dalla franchigia riportata sul Certificato di assicurazione, viene convenuto che non si farà luogo ad alcun indennizzo per gradi pari od inferiori al 3% (tre per cento). Qualora il grado accertato di Invalidità Permanente superasse il 3% (tre per cento) l'indennizzo verrà corrisposto per la sola parte eccedente tale soglia, che rimarrà a carico dell'Assicurato Addizionale. Qualora il grado di Invalidità Permanente superasse il 10% (dieci per cento), l'indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia. Per l'attivazione della presente estensione di copertura il Contraente dovrà comunicare per iscritto alla Società, tramite fax o altro strumento informatico con invio documentabile e databile, la data fissata per l'evento almeno 24 (ventiquattro) ore prima dell'inizio dello stesso. In caso la richiesta preveda elementi difforni da quanto previsto ai precedenti paragrafi, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta alla Società almeno 2 (due) giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento. La Società in questi casi si riserva il diritto di accettare le variazioni richieste confermandole per iscritto. Per la denuncia dell'Infortunio vale quanto stabilito all'art. 3.1 Denuncia di sinistro - obblighi relativi. Si precisa tuttavia che la Società non procederà ad alcun indennizzo in mancanza di una dichiarazione scritta rilasciata dal Contraente che attesti la partecipazione all'evento della persona fisica in qualità di Assicurato Addizionale.

8 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE VALIDE SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE

8.1 Limitazione alle garanzie degli infortuni professionali

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate in Polizza.

8.2 Limitazione alle garanzie degli infortuni extraprofessionali

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

8.3 Indennità da gesso

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera garantita per un periodo massimo di 30 giorni. Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate o da altro apparecchio immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e/o rimosso da personale medico.

8.4 Diaria da ricovero a seguito di infortunio

La Società corrisponde agli Assicurati, in caso di ricovero a seguito di infortunio, in ospedale o casa di cura, la somma giornaliera indicata in Polizza sino a che dura il ricovero ma con il limite massimo di 360 giorni per ciascuna annualità assicurativa. Le prime due notti di ricovero non sono indennizzabili.

La Società effettuerà il pagamento, dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'ospedale o casa di cura, dal quale risulti la descrizione dell'infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero. Il pagamento sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altro Indennizzo di cui eventualmente fruisca l'Assicurato.

8.5 Diaria da inabilità temporanea da infortunio

Qualora l'Infortunio provocasse una Inabilità Temporanea al lavoro, la Società liquiderà l'indennità giornaliera riportata sul Certificato di assicurazione:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si sarà trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non avrà potuto attendere, anche in parte, alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica.

L'indennità per Inabilità Temporanea verrà corrisposta per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni consecutivi, a decorrere dall'8 (ottavo) giorno successivo a quello dell'infortunio.

La Società cesserà la corresponsione dell'indennità il giorno in cui il trattamento medico dell'Assicurato fosse considerato completo da idonea certificazione medica, o l'inabilità al lavoro fosse terminata, oppure il grado di Invalidità Permanente potrà essere determinato, o ancora con la morte dell'Assicurato. Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiarasse ancora inabile al lavoro, la Società sarà obbligata a continuare la corresponsione dell'indennità solo nel caso in cui la continuazione di detta incapacità sarà dichiarata da adeguata certificazione medica, preparata ed inviata alla Società stessa a periodi non superiori a 14 (quattordici) giorni consecutivi.

8.6 Diaria da ricovero infortunio e malattia

In caso di ricovero in ospedale o casa di cura a seguito di evento qualificabile come infortunio a termini di polizza o malattia insorta per la prima volta in epoca non anteriore al 31° giorno da quello in cui ha avuto inizio la garanzia di polizza, la Società paga all'Assicurato l'indennità giornaliera stabilita in polizza sino a che dura il ricovero, ma entro il limite massimo indicato in polizza.

Il primo ed ultimo giorno di ricovero non sono indennizzabili.

Il pagamento sarà effettuato dalla Società a partire dal primo giorno di ricovero e indipendentemente da ogni altra assicurazione pubblica o privata di cui eventualmente fruisca l'Assicurato, dietro presentazione di un certificato dal quale risulti la durata del ricovero e la descrizione dell'infortunio o della malattia.

Questa garanzia non è valida:

- a) per le malattie professionali o previste dalle leggi sull'assicurazione obbligatoria;
- b) per i casi di gravidanza, parto, aborto e per malattie agli organi genitali femminili di riproduzione;
- c) per esami medici periodici o di controllo, per cure e protesi dentarie, per cure fisioterapiche, pronto soccorso, chirurgia plastica, per malattie veneree e sifilide, per anomalie congenite e alterazioni da esse determinate o derivate, per malattie mentali o del sistema nervoso, per cure del sonno;
- d) per i casi di autolesionismo e suicidio tentati o consumati;
- e) per malattie determinate da: guerra, invasioni, ostilità od operazioni di guerra (anche in caso di guerra non dichiarata), rivolte, tumulti popolari, guerra civile, rivoluzioni, insurrezioni, leggi marziali, stato d'assedio, quarantena, armi o strumenti che impieghino scissione dell'atomo o energia radioattiva sia in periodo di pace che di guerra;
- f) durante il servizio militare, sia in caso di leva che di richiamo a qualsiasi titolo;
- g) per i ricoveri determinati da condizioni patologiche precedenti alla sottoscrizione della polizza, croniche o recidivanti;
- h) per i casi di sindrome da immunodeficienza acquisita.

8.7 Deroga al tacito rinnovo

A deroga di quanto disposto dall'articolo 4.1 Rinnovo del contratto, resta convenuto che la Polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

8.8 Franchigie invalidità permanente da infortunio

A parziale deroga dell'articolo 6.2, le franchigie richiamate nella Polizza per ciascun assicurato o categoria di assicurati si intendono operanti come di seguito:

a) 3% assoluta

A parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, è stabilito che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

b) 5% assoluta

A parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, è stabilito che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

c) 5% relativa al 15%

A parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, è stabilito che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, lo indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia.

d) 3% relativa al 10% extraprofessionale ed Itinere

In caso di infortunio extraprofessionale o occorso in Itinere è stabilito, a parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia.

e) 5% relativa al 15% extraprofessionale ed Itinere

In caso di infortunio extraprofessionale o occorso in Itinere è stabilito, a parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia.

f) 3% su rischi da circolazione

In caso di infortunio occorso durante la circolazione stradale (come definita dal Codice delle Assicurazioni ai fini della copertura assicurativa obbligatoria), a parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, è stabilito che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

g) 3% su attività sportive

In caso di infortunio occorso durante qualsiasi attività sportiva, a parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio, è stabilito che non si fa luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

h) Franchigia a scaglioni

Nessuna franchigia fino a 150,000 Euro; 3% fino a 500,000 euro; 5% oltre 500,000; relativa al 20%. A parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio è stabilito che la Liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, verrà effettuata come segue:

- sui primi € 150.000,00 di capitale assicurato per il predetto caso di Invalidità Permanente, non si fa luogo all'applicazione di alcuna franchigia;
- sulla parte di capitale assicurato da € 150.000,00 a € 500.000,00 non si farà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando il grado accertato non sia superiore al 3% della totale;
- sulla parte di capitale assicurato eccedente 500.000,00 non si farà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente quando il grado accertato non sia superiore al 5% della totale.

Se l'invalidità permanente supera il 20% della totale l'indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di franchigia.

i) Tabella modulata

A parziale deroga dell'art. 2.3 Invalidità permanente da infortunio è stabilito che, per ogni grado percentuale di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri stabiliti in polizza, si applicano le seguenti percentuali di Liquidazione:

A%	L%	A%	L%	A%	L%	A%	L%	A%	L%
1,00	0,50	11,00	11,00	21,00	21,00	31,00	43,00	41,00	73,00
2,00	1,00	12,00	12,00	22,00	22,00	32,00	46,00	42,00	76,00
3,00	1,50	13,00	13,00	23,00	23,00	33,00	49,00	43,00	79,00
4,00	2,00	14,00	14,00	24,00	24,00	34,00	52,00	44,00	82,00
5,00	2,50	15,00	15,00	25,00	25,00	35,00	55,00	45,00	85,00
6,00	3,00	16,00	16,00	26,00	28,00	36,00	58,00	46,00	88,00
7,00	3,50	17,00	17,00	27,00	31,00	37,00	61,00	47,00	91,00
8,00	4,00	18,00	18,00	28,00	34,00	38,00	64,00	48,00	94,00
9,00	4,50	19,00	19,00	29,00	37,00	39,00	67,00	49,00	97,00
10,00	5,00	20,00	20,00	30,00	40,00	40,00	70,00	50,00	100,00

Dove per A% si intende la percentuale di invalidità accertata e per L% la percentuale di invalidità liquidata.

8.9 Rischio Conducente e Trasportato

In caso in cui nella Scheda di Polizza sia individuata la categoria "Conducenti" e/o "Trasportati", la copertura si intende operante per gli infortuni subiti in relazione alla guida del Veicolo richiamato in polizza ed alle operazioni necessarie, in caso di fermata, per la ripresa della marcia; e, dove previsto, per le persone trasportate nel Veicolo richiamato in polizza per gli infortuni da esse subiti in relazione alla circolazione del Veicolo richiamato in polizza durante il trasporto, dal momento in cui salgono al momento in cui ne sono discese.

9 SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

1. **Oggetto dell'assicurazione** - L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia (purché non compresa tra quelle indicate al successivo paragrafo 5) che insorga nel corso del presente contratto. La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro un anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso.

L'assicurazione non è attivabile per le persone di età superiore ai 70 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età.

2. **Definizione di Malattia** - È considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, non dipendente da infortunio.
3. **Definizione di Invalidità Permanente da Malattia** - È considerata invalidità permanente la perdita totale o riduzione parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'Assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.
4. **Criteri di liquidazione** - La garanzia viene prestata per il capitale per persona stabilito nell'Allegato Stato di rischio per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia. La liquidazione del danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore alla franchigia stabilita.

L'Impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

24 % Franchigia

I.P.%	CAPITALE %	I.P.%	CAPITALE %
25	= 5	56	= 77,5
26	= 8	57	= 80
27	= 11	58	= 82,5
28	= 14	59	= 85
29	= 17	60	= 87,50
30	= 20	61	= 90
31	= 23	62	= 92,5
32	= 26	63	= 95
33	= 29	64	= 97,5
34	= 32	65	= 100
35/55	= 35/55	oltre	= 100

5. **Esclusioni** - Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:
- malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;
 - intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
 - trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - eventi connessi a Guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
 - dolo dell'Assicurato;
 - malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modifiche.
6. **Denuncia della Malattia e relativi obblighi della Contraente o dell'Assicurato** - La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata per iscritto - dalla Contraente o dall'Assicurato - all'Impresa alla quale è assegnata la polizza.
La denuncia stessa deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della malattia.

Alla denuncia debbono essere anche allegati o debbono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Trascorsi i 30 giorni dalla denuncia della malattia, la Contraente o L'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

7. **Criteri di indennizzabilità** - L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o a mutilazioni o difetti fisici.
8. **Procedura per la liquidazione dell'indennità** - Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data della denuncia della malattia e non oltre i 18 mesi dalla stessa.

Ricevuta la documentazione di cui al paragrafo 7) e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. del 30/06/1965 no. 1124 e successive modifiche.

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il consulente medico dell'Impresa.

In caso di controversia le parti avranno facoltà di fare ricorso a quanto disposto dall'art. 3.3 Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio sia del suo medico che di quello dell'Impresa - possa modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residui se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata ufficialmente offerta o liquidata in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

9. **Rinvio alle Condizioni della Polizza Infortuni** - Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - semprechè compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della polizza in oggetto.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)

A far corso dal 25 Maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarla che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via Leone XIII, 14 20145 Milano, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via Leone XIII, 14 20145 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via Leone XIII, 14 20145 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per espletare le attività contrattuali di cui alla legge 792/84, nella loro gestione ed esecuzione.	Limitatamente ai dati personali che non appartengono a categorie particolari (es. dati sulla salute): art. 6 par.1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte". Riguardo ai dati particolari: art. 9 par. 2 lett. a) "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati non appartenenti a categorie particolari non occorre il consenso, mentre invece per il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari occorre l'esplicito consenso dell'assicurato. Nel caso in cui l'assicurato rifiuti di conferire i propri dati personali non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore. Qualora l'assicurato rifiutasse di prestare il consenso al trattamento dei dati particolari, poiché tali informazioni sono necessarie ai fini contrattuali, non sarà possibile procedere alla gestione dei sinistri. Infine, in caso di revoca del consenso al trattamento dei dati particolari da parte dell'assicurato, non si potrà proseguire il contratto nei suoi confronti.
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, anticiclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute); art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'assicurato rifiuta di conferire i suoi dati personali essendo tali adempimenti necessari per legge non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione.
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun contitolare.

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- Diritto di accesso: L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
- Diritto di rettifica: L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- Diritto di cancellazione: L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
- Diritto di limitazione: L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
- Diritto di opposizione: L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
- Diritto alla portabilità: L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma
- Diritto di revoca del consenso: L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
- Diritto di reclamo: L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.

Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla normativa vigente assicurativa, la nostra Società ha necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto da lei indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti. In mancanza di tale consenso, le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via Leone XIII, 14
20145 Milano –
e-mail:
ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

Reclamo relativo a: polizza n. xxx.xxx e/o sinistro n.del.....

Assicurato:

Il sottoscritto *(indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante*)*

reclama quanto segue

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione).

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di..... *(esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).*

Si allega *(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).*

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal provvedimento della presente
(Regolamento Isvap 24/08)

Data

Firma *(del soggetto che propone il reclamo)*

***** *In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.*