

AMISSIMA IN MOVIMENTO

Contratto di Assicurazione contro gli infortuni legati alla circolazione

Il presente documento contrattuale (Edizione 04/2019), contenente:

- **Glossario**
- **Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Tale documento è stato redatto secondo le linee guida del Tavolo tecnico

Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

BENEFICIARIO:

il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

CONSUMATORE:

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

CONTRAENTE:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

CONVALESCENZA:

il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di polizza.

DAY HOSPITAL:

la degenza diurna, senza pernottamento, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

DIFETTO FISICO O MALFORMAZIONE:

perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).

FAMILIARI:

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

FRANCHIGIA:

l'importo espresso in cifra fissa, percentuale o giorni che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce alcun indennizzo.

INDENNIZZO/RIMBORSO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza la morte o un'inabilità permanente oppure un'inabilità temporanea.

INGESSATURA:

mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parti di questi.

ISTITUTO DI CURA:

l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché gli Istituti di lunga degenza e gli Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o diabetici.

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

MASSIMALE:

somma indicata nella Scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di risarcimento in caso di sinistro.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

POST-RICOVERO:

il periodo di convalescenza successivo al ricovero.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

RICOVERO:

la degenza in Istituto di Cura anche in regime di *Day Hospital*.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SCOPERTO:

la percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro. Il suo ammontare, essendo espresso in percentuale sul danno, non è definibile a priori.

SINISTRO:

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

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A.

SOMMA ASSICURATA:

somma indicata nella scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di indennizzo in caso di sinistro.

VEICOLO:

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

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA ASSISTENZA:**PRESTAZIONI:**

sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

EVENTO:

l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

AMISSIMA IN MOVIMENTO

Condizioni di Assicurazione

- **Sezione 1 - Airbag**
- **Sezione 2 - Assistenza Airbag**
- **Sezione 3 - Protezione Circolare**
- **Sezione 4 - Assistenza Protezione Circolare**
- **Sezione 5 - Norme comuni a tutte le Sezioni**

Indice

Sezione 1 – Airbag	pag. 2
• Chi è assicurato.....	pag. 2
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 2
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 4
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 5
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 5
Sezione 2 – Assistenza Airbag	pag. 6
• Di quali servizi posso usufruire in caso di imprevisti.....	pag. 6
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 8
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 9
Sezione 3 – Protezione Circolare	pag. 10
• Chi è assicurato.....	pag. 10
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 10
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 14
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 15
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 15
Sezione 4 – Assistenza Protezione Circolare	pag. 16
• Di quali servizi posso usufruire in caso di imprevisti.....	pag. 16
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 20
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 20
Sezione 5 – Norme comuni a tutte le Sezioni	pag. 21

SEZIONE 1 - AIRBAG

Chi è assicurato

Art. 1.1 - COSE ASSICURABILI

Con tale polizza Assicurato è la persona fisica durante la conduzione di un veicolo o il trasporto su un veicolo.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 1.2 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

La Società, fino a concorrenza dei capitali pattuiti, presta garanzia per gli infortuni che il legittimo conducente e/o i trasportati possano subire a bordo dei veicoli identificati nel frontespizio di polizza. Per il Conducente, sono compresi anche gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di incidente stradale o guasto meccanico verificatosi durante il viaggio.

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

Sono compresi nell’assicurazione:

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

L’assicurazione è valida in quanto:

- il trasporto venga effettuato in conformità alle norme di circolazione vigenti;
- il trasporto avvenga utilizzando autovetture ad uso privato, autocarri e motocarri (esclusi i veicoli dati a noleggio o locazione o muniti di targa prova);
- il veicolo sia guidato da persona munita della regolare patente di guida, degli altri requisiti prescritti dalla legge e di età non superiore ad anni 80;
- il veicolo sia coperto dall’assicurazione di responsabilità civile prevista dalla legge 990 del 24.12.1969 e successive modifiche.

Art. 1.3 – MORTE (operante se richiamata nella scheda di polizza)

L’indennizzo per il caso di Morte, è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell’infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell’Assicurato, secondo le quote previste dalla legge. L’indennizzo per il caso di Morte, non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell’infortunio ed in conseguenza di questo, l’Assicurato muore, gli eredi dell’Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l’indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 1.4 – INVALIDITÀ PERMANENTE (operante se richiamata nella scheda di polizza)

L’indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l’invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell’infortunio. L’indennizzo per Invalidità Permanente parziale, è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d’invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla “Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l’industria” allegata al Testo Unico sull’Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all’applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Art. 1.4.1 - ESTRATTO DELLA TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI INVALIDITÀ

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del **100%**. In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra, si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 1.4.2 – SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 66%

Ferma la franchigia prevista all'Art. 1.4.3 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità Permanente, qualora lo stesso sinistro determini una Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al **66%** della totale, l'indennizzo corrisponde al **100%** della somma assicurata.

Art. 1.4.3 – FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al **3%**. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 1.5 – INDENNITÀ DA RICOVERO (operante se richiamata nella scheda di polizza)

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio, corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di **365 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche in caso di:

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

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

Art. 1.6 – RIMBORSO SPESE MEDICHE (operante se richiamata nella scheda di polizza)

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

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

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

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

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

Art. 1.7 – INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c., si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Sono considerati in garanzia anche gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, se compiuti per dovere di solidarietà o per legittima difesa.

Art. 1.8 – RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

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

Art. 1.9 – SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile ai termini di polizza superiore al 5% e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di Euro 1.033,00, su presentazione di regolare documentazione.

Art. 1.10 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni avvenuti quando il veicolo sia in circolazione all'insaputa del proprietario, o contro la sua volontà;
- gli infortuni avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza, abbia abusato di psicofarmaci o usato stupefacenti o allucinogeni;
- gli infortuni subiti in conseguenza della partecipazione a corse o gare e relative prove di allenamento, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'Automobile Club Italiano;
- gli infortuni sofferti dall'Assicurato in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad azioni temerarie;
- gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, movimento tellurico, eruzione vulcanica ed inondazione;
- gli infortuni che siano conseguenza diretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le ernie da qualunque causa determinate, le lesioni muscolari determinate da sforzi in genere, nonché le lesioni sottocutanee dei tendini.

L'assicurazione non è altresì operante nei confronti di coloro che, nell'espletamento della propria attività professionale, abbiano in consegna o conducano il veicolo a scopo di riparazione, controllo o collaudo.

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

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Art. 1.11 – LIMITI DI ETÀ E DI INDENNIZZO

La copertura assicurativa si intende operante fino al limite di età dell'Assicurato stabilito in anni 80. Pertanto, la polizza si intende cessata a partire dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

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

Art. 1.12 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 1.13 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'Art. 1916 c.c. verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 1.14 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 c.c.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 1.15 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 1.4.1 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 1.16 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie relative alla quantificazione dell'ammontare del danno o all'indennizzabilità dello stesso possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria. In tal caso, i primi due componenti del Collegio saranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene in via provvisoria le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Al termine dell'Arbitrato l'Assicurato, qualora vincitore, si vedrà rifondere le spese inizialmente sostenute.

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

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

È fatto salvo in ogni caso il diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Franchigia assoluta per il caso di Invalidità Permanente	1.4.3	===	3%
Rimborso spese mediche	1.6	Il massimale di polizza; 30% del massimale di polizza per terapie fisiche e riabilitative	Scoperto 10% con il minimo di Euro 100,00
Spese di rimpatrio	1.10	Euro 1.033,00	5% Invalidità Permanente

SEZIONE 2 - ASSISTENZA AIRBAG

Art. 2.1 - PREMessa

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestate dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Di quali servizi posso usufruire in caso di imprevisti

Art. 2.2 - GUARDIA MEDICA IN COLLEGAMENTO TELEFONICO 24 ORE SU 24

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

La consulenza è gratuita e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Art. 2.3 - INVIO DI UN'AMBULANZA A DOMICILIO

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

Art. 2.4 - FAMILIARE ACCANTO

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

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

Art. 2.5 - RIENTRO AL DOMICILIO O RIMPATRIO SANITARIO

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

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

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

Art. 2.6 - TRASFERIMENTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio dovuto ad incidente stradale verificatosi in viaggio, la Struttura Organizzativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla

cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Struttura Organizzativa vi provvede a proprie spese.

Art. 2.7 – PRESTAZIONI PER TEMPORARY INABILITY CARE

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

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

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

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

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

Art. 2.8 - DISPONIBILITÀ DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE

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

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

Art. 2.9 - INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **Euro 170,00** ogni 7 giorni di prognosi.

Art. 2.10 - ESAMI DEL SANGUE A DOMICILIO

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

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

Art. 2.11 - CONSEGNA ESITI A DOMICILIO

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

Art. 2.12 - CONSEGNA MEDICINALI A DOMICILIO

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

Art. 2.13 - ASCOLTO E SUPPORTO PSICOLOGICO

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

Art. 2.14 - DISBRIGO PAGAMENTO UTENZE DOMICILIARI

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

Art. 2.15 - DISBRIGO FACCENDE DOMESTICHE

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

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

Art. 2.16 - RICOVERO AUTO

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

Art. 2.17 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

A - L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

B - Sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza di:

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

Sono inoltre escluse:

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

C - Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

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

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

Art. 2.18 – MODALITA' DI EROGAZIONE

Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di sinistro indennizzabile ai termini di polizza.

Art. 2.19 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di S. Marino e degli Stati dell'Unione Europea, nonché per il territorio della Croazia, della Serbia, dell'Islanda, del Liechtenstein, della Norvegia, del Principato di Monaco, della Svizzera e di Andorra.

L'assicurazione vale altresì per il territorio degli altri Stati le cui sigle internazionali indicate sul certificato internazionale di assicurazione (Carta Verde) non siano barrate.

La garanzia è operante secondo le condizioni ed entro i limiti delle singole legislazioni nazionali concernenti l'assicurazione.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 2.20 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterle l'intervento immediato, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- Linea Verde **800370166**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero) **+39 02 / 58286723**
- Fax **+39 02 / 58477201**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico.

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

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - P.zza Trento, 8 – 20135 - Milano (MI)

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

Inoltre l'Assicurato dovrà:

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

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Familiare accanto	2.4	Euro 500,00 per evento in caso di ricovero superiore a 7 giorni	===
Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche	2.8	Euro 350,00 per evento	===
Invio di un infermiere a domicilio	2.9	Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi; Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi in caso di impossibilità di reperimento	===
Disbrigo faccende domestiche	2.15	Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi; Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi in caso di impossibilità di reperimento	===

SEZIONE 3 - PROTEZIONE CIRCOLARE

Chi è assicurato

Art. 3.1 - COSE ASSICURABILI

Con tale polizza Assicurato è la persona fisica durante la circolazione propria o dei propri familiari con qualsiasi mezzo.

Contro quali danni posso assicurarmi

Art. 3.2 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

La Società, fino alla concorrenza della somma assicurata, presta la garanzia a favore dell’Assicurato e dei suoi familiari nel caso subiscano un infortunio:

- durante la guida di velocipedi, ciclomotori, motocicli, autovetture ad uso privato, camper, natanti a motore adibiti alla navigazione da diporto; la garanzia vale anche mentre il guidatore attende - in caso di fermata del mezzo - alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- durante l’uso, come passeggero, di qualsiasi normale mezzo di locomozione e di trasporto sia pubblico che privato, fatta eccezione per i mezzi subacquei ed aerei salvo, per questi ultimi, quanto previsto dall’Art. 3.8 - Rischio volo;
- nella sua qualità di pedone in conseguenza di investimento da parte di veicoli in genere.

L’assicurazione si intende estesa agli infortuni subiti dall’Assicurato e/o dai suoi familiari mentre salgono o scendono dai mezzi di cui alle lettere a) e b).

L’assicurazione relativa alla guida di mezzi di locomozione di cui alla lettera a) è valida in quanto l’Assicurato e/o i suoi familiari siano abilitati e la circolazione avvenga a norma delle disposizioni di Legge.

Sono compresi nell’assicurazione:

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

Art. 3.3 – MORTE

L’indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell’infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari.

L’indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell’infortunio ed in conseguenza di questo, l’Assicurato e/o i suoi familiari muoiono, gli eredi non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l’indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 3.3.1 – MORTE PRESUNTA

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

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

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

Art. 3.4 – INVALIDITÀ PERMANENTE

L’indennizzo per il caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l’invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell’infortunio. L’indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla “Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l’industria” allegata al Testo Unico sull’Assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all’applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Art. 3.4.1 - ESTRATTO DELLA TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI INVALIDITÀ

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione delle persone assicurate. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del **100%**. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al **70%** della totale, l'indennizzo corrisponde al **100%** della somma assicurata.

Art. 3.4.2 – FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE

In base all'opzione indicata in polizza, la liquidazione del danno I.P. verrà effettuata sulla base delle seguenti modalità:

F1 - FRANCHIGIA ASSOLUTA 3%

Il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- **3%** sulla somma assicurata;

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

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

Esempi di applicazione della tabella:

Somma assicurata dal cliente: Euro 100.000,00

grado di IP accertata: 6%

sulla somma assicurata l'indennizzo è pari al 3% della somma, quindi pari ad Euro 3.000,00.

Somma assicurata dal cliente: Euro 200.000,00

grado di IP accertata: 29%

sulla somma assicurata l'indennizzo è pari al 29% della somma, quindi pari ad Euro 58.000,00.

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

Si conviene che la somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- Nessuna franchigia sulla somma assicurata fino a **Euro 100.000,00**;
- **3%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 100.000,00**.

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

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

Grado (%) di I.P. accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata	
	da 0 ad Euro 100.000,00	oltre Euro 100.000,00
15	15	12
16	16	13
17	17	14
18	18	15
19	19	16
20	20	17
dal 21 al 69	la percentuale accertata	
dal 70	100	

Esempi di applicazione della tabella:

Somma assicurata dal cliente: Euro 100.000,00

grado di IP accertata: 6%

Sulla somma assicurata l'indennizzo è pari al 6% della somma, quindi pari ad Euro 6.000,00.

Somma assicurata dal cliente: Euro 200.000,00

grado di IP accertata: 6%

Sulla somma assicurata fino a Euro 100.000,00 l'indennizzo è pari al 6% della somma, quindi pari ad Euro 6.000,00.

Sulla somma assicurata eccedente Euro 100.000,00 e fino a Euro 200.000,00 l'indennizzo è pari al 3% della somma, quindi pari ad Euro 3.000,00.

L'indennizzo totale è quindi pari ad Euro 9.000,00.

Art. 3.5 – INDENNITÀ DA RICOVERO

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio, corrisponde all'Assicurato e/o ai suoi familiari l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di **365 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche in caso di:

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

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

Art. 3.6 – INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga applicato apparecchio gessato, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato e/o ai suoi familiari una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per indennità da ricovero, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento in Istituto di cura. Tale indennità non è cumulabile con quella per indennità da Ricovero laddove vi sia stato ricovero.

L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica.

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

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (*scotch-cast, dyna-cast*), in materiale acrilico;
- Bendaggi amicati;
- Docce/valve gessate;
- Bendaggio *Desault*;
- Minerve (in cuoio);
- Apparecchio di trazione cranica (tipo *Halo*);
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo *Iselin*).

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

- Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- Apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;
- Bendaggi elastici adesivi;
- Protesi in genere (app. di posizione – es. *Plantari*);
- Collari *Shantz, Camp*, simili;
- Ginocchio *DonJoy*;
- Presidi di contenimento delle fratture nasali;
- Stecche di *Zimmer*.

In caso di frattura ossea o lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata ma che non renda necessaria alcuna ingessatura, come da definizione di polizza, la Società provvede ad indennizzare una somma pari al **50%** di quella prevista per Indennità da Ricovero indicata in polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato, ma con un limite massimo di **30 giorni** per sinistro e per anno assicurativo.

Art. 3.7 – INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato e/o dei suoi familiari, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato e/o i suoi familiari non vi abbiano preso parte attiva. Sono considerati in garanzia anche gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, se compiuti per dovere di solidarietà o per legittima difesa.

Art. 3.8 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato e/o i suoi familiari subiscano durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti - con apposita abilitazione -, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclub.

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

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

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

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

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

Art. 3.9 – RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

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

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

Art. 3.10 – SPESE DI RIMPATRIO

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

Art. 3.11 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione dal nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni o provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni subiti in conseguenza della partecipazione a corse o gare e relative prove di allenamento, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'Automobile Club Italiano;
- gli infortuni sofferti dall'Assicurato e/o dai suoi familiari in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad imprese temerarie;
- le ernie di qualsiasi tipo e quindi anche quelle discali, da qualunque causa determinate nonché le manifestazioni morbose causate da fatti emotivi;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

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

Come e con quali condizioni operative mi assicuro

Art. 3.12 – RIPARTIZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate relative alle garanzie Morte e Invalidità Permanente sono ripartite sulla base di quanto dichiarato sul frontespizio di polizza, escludendo le persone non assicurabili in base all'Art. 3.13 - Limiti di età e di indennizzo, con una delle seguenti modalità:

- 50% all'Assicurato e 50% agli altri familiari in parti uguali;
- oppure
- in parti uguali.

Qualora dallo stato di famiglia risultasse un unico componente, identificabile nella persona dell'Assicurato, la somma assicurata sarà interamente prevista per lo stesso, senza applicazione dei criteri di cui sopra.

La somma assicurata relativa alla garanzia Indennità da ricovero e Indennità per ingessatura è relativa a ciascuna persona facente parte del nucleo familiare assicurato.

Art. 3.13 – LIMITI DI ETÀ E DI INDENNIZZO

La copertura assicurativa si intende operante fino al limite di età dell'Assicurato stabilito in anni 80. Pertanto, la polizza si intende cessata a partire dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 3.14 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 3.15 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c. La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 3.16 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, le persone assicurate non sono fisicamente integre e sane, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 3.4.1 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 3.17 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie relative alla quantificazione dell'ammontare del danno o all'indennizzabilità dello stesso possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria. In tal caso, i primi due componenti del Collegio saranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene in via provvisoria le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Al termine dell'Arbitrato l'Assicurato, qualora vincitore, si vedrà rifondere le spese inizialmente sostenute. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. È fatto salvo in ogni caso il diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Franchigia Invalidità Permanente	3.4.2	===	3% se selezionata F1; 0% fino ad Euro 100.000,00 se selezionata l'opzione F2.
Indennità per ingessatura	3.6	Il massimale di polizza; Per frattura capsulo-legamentosa senza ingessatura, il 50% del massimale polizza.	===
Rischio volo	3.8	a) per persona: Euro 1.100.000,00 Morte; Euro 1.100.000,00 Invalidità Permanente; b) complessivamente per aeromobile: Euro 5.500.000,00 Morte; Euro 5.500.000,00 Invalidità Permanente;	===
Spese di rimpatrio	3.10	Euro 1.100,00	5% Invalidità Permanente

SEZIONE 4 - ASSISTENZA PROTEZIONE CIRCOLARE

Art. 4.1 - PREMessa

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestate dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Di quali servizi posso usufruire in caso di imprevisti

Art. 4.2 - CONSULENZA SANITARIA

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

b) Consulenza sanitaria di Alta specializzazione

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

Art. 4.3 - CONSULENZA TELEFONICA MEDICO SPECIALISTICA

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

Art. 4.4 - CONSULENZA PER ASSISTENZA SANITARIA

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

Art. 4.5 - ORGANIZZAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A TARIFFE AGEVOLATE

Validità territoriale: Italia

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

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

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

Art. 4.6 - TRASPORTO AL CENTRO MEDICO

Validità territoriale: Italia

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

Art. 4.7 - FAMILIARE ACCANTO

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

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

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

Art. 4.8 - RIENTRO SANITARIO

Validità territoriale: Italia

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

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

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

Art. 4.9 - RIMPATRIO SANITARIO

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

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

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

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

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

Art. 4.10 - TRASFERIMENTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, in seguito ad infortunio dovuto a incidente stradale, avvenuto al di fuori del Comune di residenza, la Struttura Organizzativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto, del trasporto della salma (incluso le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Inoltre, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, l'Impresa vi provvede a proprie spese.

Art. 4.11 - RIENTRO DEI FIGLI MINORI

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

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

Art. 4.12 – PRESTAZIONI PER TEMPORARY INABILITY CARE

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

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

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

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

Art. 4.13 - DISPONIBILITÀ DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE

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

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

Art. 4.14 - INVIO DI UN INFERMIERE AL DOMICILIO

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

Art. 4.15 - ASCOLTO E SUPPORTO PSICOLOGICO

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

Art. 4.16 - DISBRIGO PAGAMENTO UTENZE DOMICILIARI

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

Art. 4.17 - DISBRIGO FACENDE DOMESTICHE

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

Ogni servizio dovrà durare minimo 3 ore consecutive.

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

Art. 4.18 - RICOVERO AUTO

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

Art. 4.19 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo

dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;

- materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

- infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- espianto/trapianto di organi.

Inoltre:

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

La Struttura Organizzativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

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

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

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

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

Art. 4.20 – MODALITA' DI EROGAZIONE

Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di sinistro indennizzabile ai termini di polizza.

Art. 4.21 - VALIDITÀ TERRITORIALE

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

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

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

Che cosa fare in caso di sinistro

Art. 4.22 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- Linea Verde **800370166**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero) **+39 02 / 58286723**
- Fax **+39 02 / 58477201**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico.

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

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

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

Inoltre l'Assicurato dovrà:

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

Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA	Art.	Limite di indennizzo	Franchigia/scoperto
Familiare accanto	4.7	Euro 500,00 per evento in caso di ricovero superiore a 7 giorni	===
Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche	4.13	Euro 350,00 per evento	===
Invio di un infermiere a domicilio	4.14	Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi; Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi in caso di impossibilità di reperimento	===
Disbrigo faccende domestiche	4.17	Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi; Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi in caso di impossibilità di reperimento	===

SEZIONE 5 - NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

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

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

Art. 5.2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 c.c.

L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra comporta la possibilità, da parte della Società, di non corrispondere l'indennizzo previsto. Se la polizza è stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se diverso dal Contraente.

Art. 5.3 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

Il premio è sempre determinato per periodi assicurativi di un anno, salvo contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche in caso di frazionamento.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'Intermediario espressamente in qualità di rappresentante della Società o alla Società medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'Intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante della Società o alla Società medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore ad Euro 750,00 (settecentocinquanta).

Art. 5.4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5.5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 c.c.

Art. 5.6 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5.7 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE (tacito rinnovo)

Se la polizza è stata emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. della Società (disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 5.8 – FACOLTÀ DI RECESSO

Per contratti con tacito rinnovo

Le Parti possono recedere alla scadenza annuale indicata in polizza mediante disdetta inviata con lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) come previsto dall'Art. 5.7 – Proroga dell'assicurazione (tacito rinnovo).

Per sinistro

- a) nel caso in cui Il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore":

dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.

Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

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

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 5.9 – ONERI FISCALI

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

Art. 5.10 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 5.11 – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, o sindromi da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

In ogni caso di anticipata risoluzione del contratto spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 5.12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge. Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Tutte le controversie ad esso relative sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 5.13 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da Amissima Assicurazioni entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario. In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

Art. 5.14 – ADEGUAMENTO AUTOMATICO (valida solo se espressamente richiamata in polizza)

I capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di massimali e di premio.

Qualora la variazione sia inferiore al 2%, la variazione stessa viene arrotondata al 2%.

Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con rimborso del rateo di premio pagato e non goduto.

Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta, esclusi scoperti e franchigie e relativi minimi.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Amissima Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente documento.

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Rappresentante Legale

(dott. Alessandro Santoliquido)

