

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz1 – Invalidità permanente da infortunio"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre una copertura contro il rischio Infortuni.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Invalidità permanente da infortunio: riconosce un indennizzo per Invalidità permanente derivante da infortunio, calcolato sulla somma assicurata in base al grado percentuale di invalidità accertato.

Per il dettaglio dei contenuti della copertura si rimanda al DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?".

Il prodotto offre ulteriori garanzie con pagamento di un premio aggiuntivo.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda tecnica di modulo.



Che cosa non è assicurato?

Le persone affette da:

- ✗ alcolismo e tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ epilessia;
- ✗ psicosi e disturbi gravi della personalità.

Chi svolge una delle seguenti attività:

- ✗ a contatto con sostanze radioattive esplosivi e merci pericolose;
- ✗ circense;
- ✗ spettacolo, cinema, teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili;
- ✗ collaudatore di veicoli, istruttore di guida sportiva;
- ✗ corpi armati dello Stato (Militari o di Polizia);
- ✗ fantino, driver (trotto);
- ✗ guardia del corpo, buttafuori;
- ✗ guida alpina;
- ✗ istruttore o allenatore di alpinismo, bob, deltaplano, hydrospeed, paracadutismo, parapendio, rafting, roccia, salto dal trampolino con gli sci, sci acrobatico, sci alpinismo, slittino, volo;
- ✗ istruttore di corsi di sopravvivenza;
- ✗ palombaro, sommozzatore, sub professionista;
- ✗ speleologo;
- ✗ sportivi professionisti, semiprofessionisti.



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/ Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del modulo e può essere versato esclusivamente con frazionamento mensile con una maggiorazione del 5,6 per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando e come devo pagare?" del DIP aggiuntivo Danni.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione del modulo, e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di modulo. In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire il modulo?

Il modulo non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione.

Puoi disdettare alla scadenza indicata nel modulo inviando una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Allianz1 - Invalidità permanente da infortunio"

01/01/2019 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

L'impresa di assicurazione è **Allianz S.p.A.**, società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco (Germania)

- Sede legale: Largo Ugo Inneri, 1, 34123 Trieste (Italia);
- Recapito telefonico: 800.68.68.68;
- Sito Internet: www.allianz.it;
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it;
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n°018.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2017 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.563 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.462 milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it. e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Prestazioni Infortuni	<p>La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio subito dall'Assicurato nello svolgimento sia dell'Attività professionale indicata nella Scheda tecnica di modulo sia di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche di Attività professionale.</p> <p>È compreso l'Infortunio subito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in qualità di passeggero di viaggio aereo; 2. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza; 3. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; 4. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario; 5. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria
------------------------------	---

	<p>nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario;</p> <p>6. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge;</p> <p>7. a causa di terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche, esclusivamente con riferimento alla prestazione Invalidità permanente da Infortunio. Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima per la prestazione sopra indicata non può superare complessivamente la somma di euro 100.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato sono ridotti in proporzione.</p> <p>Sono equiparati ad Infortunio e sono quindi compresi nella copertura assicurativa i seguenti casi:</p> <p>8. asfissia non di origine morbosa;</p> <p>9. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;</p> <p>10. avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;</p> <p>11. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi;</p> <p>12. annegamento;</p> <p>13. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;</p> <p>14. ernia addominale da sforzo esclusivamente con riferimento alla prestazione Invalidità permanente da Infortunio;</p> <p>15. folgorazione, colpo di sole o di calore;</p> <p>16. assideramento o congelamento.</p>
<p>Prestazione Invalidità permanente da infortunio</p>	<p>L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio purché si manifesti - anche se successivamente alla scadenza della copertura assicurativa - entro due anni dal giorno dell'Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione.</p> <p>L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda tecnica di modulo, in base al grado percentuale di invalidità accertato.</p>
<p>Prestazione Rendita vitalizia da infortunio</p>	<p>L'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio, riconosce all'Assicurato in vita una Rendita vitalizia immediata rivalutabile, pari all'importo iniziale indicato nella Scheda tecnica di modulo, erogabile in rate posticipate mensili, nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, residui all'Assicurato una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.</p> <p>La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante emissione da parte dell'Impresa di una polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.</p> <p>La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.</p> <p>Qualora, al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un'età inferiore a 40 anni compiuti, in sostituzione della rendita, l'Impresa corrisponde all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda tecnica di modulo, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio.</p>
<p>Prestazione Rimborso spese mediche</p>	<p>L'Impresa rimborsa all'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, le spese mediche sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ accertamenti diagnostici ▪ prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere) ▪ trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da

	<p>professionisti in possesso di regolare abilitazione, con il limite indicato nella Scheda tecnica di modulo</p> <ul style="list-style-type: none"> in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese sostenute durante il Ricovero per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro). <p>L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Prestazione Diaria da ricovero da infortunio	<p>L'Impresa riconosce all'Assicurato l'importo della diaria indicata nella Scheda tecnica di modulo per ciascun giorno di degenza, qualora si verifichi un Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione che determini un Ricovero, in Struttura sanitaria pubblica o privata.</p> <p>La diaria da Infortunio viene corrisposta solo in caso di Ricovero superiore a 7 giorni consecutivi, a partire dal primo giorno di degenza.</p> <p>Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.</p> <p>Per i ricoveri di durata fino a 7 giorni l'Impresa non dà luogo ad alcun Indennizzo.</p>
Prestazione Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio	<p>In caso di liquidazione della prestazione Diaria da Ricovero da Infortunio, l'Impresa corrisponde a titolo di convalescenza post Ricovero una diaria, d'importo pari a quello della Diaria da Ricovero indicata nella Scheda tecnica di modulo, per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero.</p>
Prestazione Diaria da ingessatura	<p>In caso di Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato una Indennità giornaliera d'importo pari al 50% della Diaria da ricovero indicata nella Scheda tecnica di modulo a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico.</p> <p>Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda tecnica di modulo, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo.</p> <p>Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, l'Indennità per Ingessatura non è cumulabile con l'Indennità per Ricovero e con l'Indennità per convalescenza, pertanto, viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza.</p> <p>L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.</p>
Estensione della copertura agli Infortuni alla guida per la tua famiglia	<p>Limitatamente al caso di Infortunio subito in qualità di conducente di un'autovettura, la copertura assicurativa si intende estesa ai componenti della Famiglia Anagrafica dell'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo, per le medesime somme assicurate indicate nella Scheda tecnica di modulo relativamente alle prestazioni Invalidità permanente da infortunio, Rendita vitalizia e Rimborso spese mediche.</p> <p>La copertura assicurativa vale durante la circolazione dal momento in cui il conducente sale a bordo del veicolo a quello in cui ne discende, nonché per gli infortuni subiti mentre, in caso di fermata accidentale, dovuta a incidente e/o avaria del veicolo, è impegnato per la ripresa della marcia.</p> <p>La presente estensione è valida in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> si tratti di autovettura ad uso privato, ad uso promiscuo o a noleggio senza conducente; l'autovettura sia guidata da persona abilitata a norma delle disposizioni in vigore; non si trovi sull'autovettura un numero di persone superiore a quello dei posti ammessi dalla carta di circolazione o, comunque, da disposizioni di legge vigenti.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Ci sono limiti di copertura?	
ESCLUSIONI	
Esclusioni	<p>La copertura assicurativa non vale per l'Infortunio causato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo; b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura; c) guida o uso come passeggero di: <ul style="list-style-type: none"> c1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; c2) aeromobili di aeroclubs; c3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo; d) pratica di sport aerei in genere; e) pratica dei seguenti sport: <ul style="list-style-type: none"> e1) arti marziali, atletica pesante, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo; e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf; f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta; g) ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque per alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati; i) partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale; j) guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; k) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche, fatta eccezione per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio; l) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate. <p>Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> m) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio; n) infarto da qualsiasi causa determinato; o) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione; p) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo esclusivamente con riferimento

	alla prestazione Invalidità permanente da Infortunio. Con riferimento ai casi di avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, si intendono escluse le infezioni malariche.	
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO		
Invalidità permanente da infortunio	Franchigia	
▪ Ernia addominale da sforzo non operabile	Limite di indennizzo	
Rendita vitalizia da infortunio	Franchigia	
Rimborso spese mediche	Scoperto	
▪ Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Limite di indennizzo	
Diaria da ricovero da infortunio	Limite di indennizzo Franchigia	
Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio	Limite di indennizzo	
Diaria da ingessatura	Limite di indennizzo	
▪ Frattura ossea o lesione capsulo legamentosa senza applicazione di ingessatura	Limite di indennizzo	
Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia		
Prestazione Invalidità permanente da infortunio - Franchigia 7% con supervalutazione		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capitale assicurato = 100.000 euro ▪ Invalidità Permanente da Infortunio accertata = 11% ▪ Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 7% con supervalutazione" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 11% si liquida il 4% del capitale assicurato) ▪ Invalidità Permanente da Infortunio indennizzata = il 4% di 100.000 euro= 4.000 euro 		

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.</p> <p>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.</p> <p>L'Assicurato deve altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato; ▪ inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa; ▪ sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; ▪ fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. <p>Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nella copertura assicurativa.</p> <p>Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.</p> <p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.</p>
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa all'attività professionale dichiarata), o l'omessa comunicazione

	dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
	Attività professionale L'eventuale cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di modulo, che si verifichi nel corso della copertura assicurativa, deve essere tempestivamente comunicato per iscritto.
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Modalità di pagamento del premio</p> <p>Procedura SDD</p> <p>Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto1; denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto. <p>Dal secondo pagamento in poi, il premio viene corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit).</p> <p>Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD.</p> <p>Addebito su carta di credito</p> <p>Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente.</p> <p>Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture sottoscritte con il presente contratto sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.</p> <p>Adeguamento del premio</p> <p>Nel contratto puoi convenire che alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo siano automaticamente adeguati in una percentuale fissa del 2,5%; qualora l'indice ISTAT fosse superiore a tale percentuale, verrà preso a riferimento l'indice ISTAT.</p> <p>Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.</p>
Rimborso	<p>Recesso in caso di sinistro</p> <p>Nei casi in cui sia consentito il recesso per sinistro, l'Impresa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio relativa al periodo assicurativo non trascorso.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire il modulo?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole proteggersi dalle conseguenze di un infortunio, sia sul lavoro che nella vita privata. Non è consentita la possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 75 anni. L'accesso al prodotto è subordinato alla sottoscrizione della dichiarazione che l'Assicurato non soffre o non ha sofferto di malattie gravi permanenti e non è affetto da infermità o difetti fisici. L'assicurazione di persone che svolgono attività professionali pericolose non è consentita. Il prodotto consente di coprire i rischi utilizzando combinazioni di garanzie realizzate secondo criteri di prevalente standardizzazione.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri n. 23, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.</p> <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p>

Lite transfrontaliera	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.
------------------------------	--

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Assicurazione infortuni

Allianz  Invalidità permanente da infortunio

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 923 - 01/01/2019

Allianz S.p.A. - Sede Legale Largo Ugo Imeri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n.05032630963 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi
n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



NOW

Allianz 

AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

Scarica gratuitamente la nuova App dei clienti Allianz per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno. Basta solo il tuo **codice fiscale** e il numero della tua polizza

Scarica l'App



Glossario

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dalla presente copertura assicurativa.

Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Day Hospital/Day Surgery: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).

Famiglia Anagrafica: l'insieme delle persone legate all'Assicurato da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi e residenti nella medesima abitazione dell'Assicurato. Non si ha vincolo affettivo se la relazione è di tipo contrattuale o basata su ragioni di economicità.

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingressatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Remunerazione diretta: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione indiretta: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito - sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Scheda tecnica di modulo: documento riepilogativo della copertura assicurativa allegato al contratto di assicurazione (Scheda di Polizza).

Scoperto: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza o alla Scheda tecnica di modulo che costituiscono parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	4
GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI	8
OPERATIVITA'	8
IN CASO DI SINISTRO	9
ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	10
CONDIZIONI PARTICOLARI	11
TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE	12
CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI	14
REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA - VITARIV	Allegato

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante procedura SDD)

Art. 1.a - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) ed è dovuto per l'intera annualità.

In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

- a) dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- b) dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante addebito su carta di credito)

Art. 1.b - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante addebito su carta di credito ed è dovuto per l'intera annualità.

In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

- a) dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- b) dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente o al venir meno del rapporto contrattuale che disciplina l'uso della carta di credito, salvo che l'addebito venga autorizzato su eventuali altre carte di credito che dovessero essere emesse dallo stesso gestore della carta di credito in sostituzione della carta utilizzata per effettuare il primo pagamento.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

Art. 2 - Durata e proroga della copertura assicurativa

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno previsto dalla durata indicata nella Scheda tecnica di modulo.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la durata della copertura assicurativa è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 3 - Modifiche della copertura assicurativa

Le eventuali modifiche della copertura assicurativa devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.

Condizioni di assicurazione

Art. 7 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui sia in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato nei termini contrattualmente stabiliti e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dal presente contratto con preavviso di 30 giorni ed il recesso ha effetto alla scadenza della prima mensilità di Premio successiva al termine dei 30 giorni suddetti.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa all'Assicurato e al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell' art. 3 del D.Lgs. 206/2005.

Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

(Valido solo nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto a distanza e cioè con qualunque mezzo che non preveda la presenza fisica e simultanea dell'impresa/intermediario e del contraente)

Art. 9 - Diritto di ripensamento

L'Assicurato e/o il Contraente, qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005, hanno diritto di recedere dal contratto **entro 15 giorni dal pagamento del premio dandone comunicazione all'Impresa, a condizione che in tale periodo non sia stato denunciato alcun sinistro a termini del presente contratto.**

L'Impresa provvede al rimborso del premio pagato e non goduto - **al netto di imposte e contributi - trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.**

Art. 10 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 12 - Chi assicuriamo

La copertura assicurativa vale per l'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo.

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Relativamente allo stato di salute dell'Assicurato valgono le dichiarazioni del Contraente rilasciate al momento della sottoscrizione e riportate nella Scheda di polizza.

Inoltre non è assicurabile la persona che svolge una delle seguenti Attività professionali:

- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
- Attività circense
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- Fantino / Driver (trotto)
- Guardia del corpo / Buttafuori
- Guida alpina
- Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo
- Istruttore di corsi di sopravvivenza
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista

Condizioni di assicurazione

- Speleologo
- Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

Qualora nel corso della copertura assicurativa insorga una o più delle affezioni su indicate o l'Assicurato svolga una delle Attività professionali sopra elencate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Art. 13 - Gli eventi assicurati

La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio, **fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa"**, subito dall'Assicurato nello svolgimento sia dell'Attività professionale indicata nella Scheda tecnica di modulo sia di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

E' compreso l'Infortunio subito:

1. in qualità di passeggero di viaggio aereo, **salvo quanto previsto dall'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa" - lettere c) e d);**
2. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
3. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
4. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;**
5. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e **semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario.** E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa" - lettera j);
6. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge;
7. a causa di terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche, **esclusivamente con riferimento alla prestazione Invalidità permanente da Infortunio. Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima per la prestazione sopra indicata non può superare complessivamente la somma di euro 100.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato sono ridotti in proporzione.**

Sono equiparati ad Infortunio e sono quindi compresi nella copertura assicurativa i seguenti casi:

8. asfissia non di origine morbosa;
9. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
10. avvelenamento del sangue o infezione **purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;**
11. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **escluse le infezioni malariche;**
12. annegamento;
13. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato, **salvo quanto previsto dall'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa" - lettera o);**
14. ernia addominale da sforzo **esclusivamente con riferimento alla prestazione Invalidità permanente da Infortunio;**
15. folgorazione, colpo di sole o di calore;
16. assideramento o congelamento.

Art. 14 - Le esclusioni della copertura assicurativa

La copertura assicurativa non vale per l'Infortunio causato da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
- c) guida o uso come passeggero di:
 - c1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - c2) aeromobili di aeroclubs;
 - c3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- d) pratica di sport aerei in genere;
- e) pratica dei seguenti sport:
 - e1) arti marziali, atletica pesante, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo;

Condizioni di assicurazione

- e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
- f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;
- g) ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque per alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati;
- i) partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- j) guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo "Gli eventi assicurati" - punto 5. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- k) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche, fatta eccezione per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio come previsto all'articolo "Gli eventi assicurati" punto 7;
- l) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i seguenti casi:

- m) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- n) infarto da qualsiasi causa determinato;
- o) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione);
- p) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo come previsto all'articolo "Gli eventi assicurati" punto 14.

Art. 15 - La validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

Art. 16 - La prestazione Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio **purché si manifesti** - anche se successivamente alla scadenza della copertura assicurativa - **entro due anni dal giorno dell'Infortunio** indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda tecnica di modulo, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Modalità di corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente da infortunio".

Art. 16.1 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'indennità di Invalidità permanente" e secondo i seguenti criteri:

- a) **si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;**
- b) **in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;**
- c) **in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;**
- d) in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa;
- e) la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di **minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;**
- f) **in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;**
- g) **in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;**
- h) i postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia;
- i) **nei casi di Invalidità permanente non specificati** nella "Tabella per la liquidazione dell'indennità di Invalidità permanente", **l'Indennizzo è stabilito** in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa**, indipendentemente dalla specifica Attività professionale esercitata dall'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

In caso di ernia addominale da sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, viene corrisposta una Indennità, a titolo di Invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata indicata nella Scheda tecnica di modulo.

Nel predetto caso la copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza; nel caso la Scheda tecnica di modulo sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante lo stesso Assicurato e la stessa prestazione di cui sopra, il termine di 180 giorni opera dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per la somma assicurata dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente copertura assicurativa limitatamente alla maggiore somma eventualmente assicurata.

Art. 16.2 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio in base ai criteri stabiliti nelle presenti Condizioni di assicurazione e secondo le seguenti modalità:

Franchigia del 7% con supervalutazione

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 7% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 7% e inferiore al 49% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 7%.

Per l'Invalidità permanente accertata di grado compreso tra il 49% e il 65% della totale, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Per l'Invalidità permanente accertata di grado superiore al 65% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
% I.P. da liquidare	102	104	106	108	110	113	116	119	122	125	128	131	134	137	140	143	146	149
% I.P. accertata	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
% I.P. da liquidare	152	155	158	161	164	167	170	173	176	179	182	185	188	191	194	197	200	

Art. 17 - La prestazione Rendita vitalizia da infortunio

L'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio, riconosce all'Assicurato in vita una Rendita vitalizia immediata rivalutabile, pari all'importo iniziale indicato nella Scheda tecnica di modulo, erogabile in rate posticipate mensili, nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, residui all'Assicurato una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale - valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio".

La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante emissione da parte dell'Impresa di una polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

Qualora, al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un'età inferiore a 40 anni compiuti, **in sostituzione della rendita**, l'Impresa corrisponde all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda tecnica di modulo, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 17.1 - Rivalutazione della rendita vitalizia

La rivalutazione della Rendita vitalizia avviene sulla base del rendimento conseguito dalla gestione separata di attivi denominata VITARIV.

L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati nel relativo Regolamento allegato in calce alle presenti condizioni di assicurazione.

Il rendimento annuo da attribuire agli assicurati (rendimento attribuito) è ottenuto diminuendo il rendimento conseguito dalla gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, determinato al momento della corresponsione della rendita.

La rendita assicurata viene rivalutata, ad ogni ricorrenza annua, in base ad un tasso definito "misura annua di rivalutazione". La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50% (vale a dire dividendo per 1,005), la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita assicurata iniziale.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e resta definitivamente acquisita (consolidamento annuale).

Condizioni di assicurazione

Art. 18 - La prestazione Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborsa all'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, le spese mediche sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, **fino a concorrenza del 20% del massimale indicato nella Scheda tecnica di modulo**;
- in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese sostenute durante il Ricovero per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento **con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro**).

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

Il rimborso è riconosciuto fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nella Scheda tecnica di modulo e con applicazione di uno Scoperto per Sinistro del 10% con il minimo di euro 100,00.

GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI

Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda tecnica di modulo

Art. 19 - La prestazione Diaria da ricovero da infortunio

L'Impresa riconosce all'Assicurato l'importo della diaria indicata nella Scheda tecnica di modulo per ciascun giorno di degenza, qualora si verifichi un Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione che determini un Ricovero, in Struttura sanitaria pubblica o privata.

La diaria da Infortunio viene corrisposta solo in caso di Ricovero **superiore a 7 giorni consecutivi**, a partire dal primo giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Per i ricoveri di durata fino a 7 giorni l'Impresa non dà luogo ad alcun Indennizzo.

Art. 20 - La prestazione Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio

In caso di liquidazione della prestazione Diaria da Ricovero da Infortunio sopra disciplinata, l'Impresa corrisponde a titolo di convalescenza post Ricovero una diaria, d'importo pari a quello della Diaria da Ricovero indicata nella Scheda tecnica di modulo, per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero, **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Art. 21 - La prestazione Diaria da ingessatura

In caso di Infortunio indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato una Indennità giornaliera d'importo pari al 50% della Diaria da ricovero indicata nella Scheda tecnica di modulo a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come definita nel Glossario, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda tecnica di modulo, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, l'Indennità per Ingessatura non è cumulabile con l'Indennità per Ricovero e con l'Indennità per convalescenza, pertanto, viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

OPERATIVITA'

Art. 22 - Cambiamento dell'attività professionale assicurata

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di modulo che si verifichi nel corso della copertura assicurativa.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:

- non implica aggravamento di rischio, la copertura assicurativa per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;

Condizioni di assicurazione

- **implica aggravamento di rischio, l'Impresa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di una nuova Scheda tecnica di modulo, in sostituzione di quella in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dalla copertura assicurativa, ai sensi dell'art. 1898 codice civile.**

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa del cambiamento nel corso della copertura assicurativa dell'Attività professionale dichiarata, **in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:**

- l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'Indennizzo viene corrisposto nella misura del 60%, se la diversa attività aggrava il rischio;
- nessun Indennizzo viene corrisposto se la diversa attività rientra tra le Attività professionali elencate all'articolo "Chi assicuriamo".

Per determinare il livello di rischio dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di modulo rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si fa riferimento alla "Classificazione delle attività professionali". In caso di Attività professionale eventualmente non specificata in tale classificazione, si utilizzano criteri di equivalenza e/o analogia a una delle attività elencate.

Art. 23 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene ridefinito ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come riportato nella Scheda tecnica di modulo alla "Tabella premi imponibili annui".

Art. 24 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art.1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 25 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art.1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nella copertura assicurativa.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** - se diverso dall'Assicurato - **o i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa** e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art. 26 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo viene nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle presenti Condizioni di assicurazione.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Condizioni di assicurazione

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 27 - Anticipo sull'indennità per la prestazione Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo sull'Indennità per Invalidità permanente nel caso di Infortunio i cui postumi invalidanti siano stimati dall'Impresa in misura prevedibilmente non inferiore al 20%.

L'anticipo corrisposto è pari al 50% del presumibile Indennizzo e viene conguagliato in sede di definitiva liquidazione del Sinistro.

Quanto sopra non costituisce impegno dell'Impresa circa il grado percentuale definitivo di Invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Impresa sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio.

Art. 28 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente sotto forma di capitale:

- se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata all'articolo "Obblighi" della presente Sezione, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto.
- se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto.

Quanto previsto dal presente articolo non si applica alla prestazione Rendita vitalizia nel caso in cui sia prevista la sua corresponsione sotto forma di rendita mensile, per la quale valgono le modalità di corresponsione disciplinate all'articolo "La prestazione Rendita vitalizia da infortunio".

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa indennità viene effettuata in Italia e in Euro.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La presente estensione è valida solo se espressamente richiamata nella Scheda tecnica di modulo

Infortuni alla guida per la tua famiglia

Limitatamente al caso di Infortunio subito in qualità di conducente di un'autovettura, la copertura assicurativa si intende estesa ai componenti della Famiglia Anagrafica dell'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo, per le medesime somme assicurate indicate nella Scheda tecnica di modulo relativamente alle prestazioni Invalidità permanente da infortunio, Rendita vitalizia e Rimborso spese mediche.

La copertura assicurativa vale durante la circolazione dal momento in cui il conducente sale a bordo del veicolo a quello in cui ne discende, nonché per gli infortuni subiti mentre, in caso di fermata accidentale, dovuta a incidente e/o avaria del veicolo, è impegnato per la ripresa della marcia.

La presente estensione è valida in quanto:

- si tratti di autovettura ad uso privato, ad uso promiscuo o a noleggio senza conducente;
- l'autovettura sia guidata da persona abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- non si trovi sull'autovettura un numero di persone superiore a quello dei posti ammessi dalla carta di circolazione o, comunque, da disposizioni di legge vigenti.

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI PARTICOLARI

La presente condizione particolare è valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza

AU - Adeguamento automatico annuale

Le somme/massimali assicurati, i limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) ed il **Premio**, previsti nella Scheda tecnica di modulo, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale**; sono esclusi da tale adeguamento gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di modulo.

Tale adeguamento automatico non troverà applicazione nel caso in cui, alla scadenza di ogni annualità, il rapporto tra l' "indice ISTAT di riferimento annuale" (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) e l' "indice ISTAT mensile" immediatamente precedente ("indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT) sia superiore alla suddetta percentuale del 2,5%.

In tal caso l'adeguamento di cui al paragrafo precedente sarà operato in conformità al rapporto tra l'"indice ISTAT di riferimento annuale" e l'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente.

Resta inteso che, in ogni caso, l'adeguamento non potrà mai essere inferiore al 2,5% annuo.

Sono sempre esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di modulo.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

A fronte dell'adeguamento automatico annuale sopra descritto, l'Impresa riconosce al Contraente la facoltà di recedere dalla presente condizione particolare, **senza alcun obbligo - per l'Impresa stessa - di comunicare, preventivamente, la variazione** delle somme/massimali assicurati, dei limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e del Premio.

Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" entro l'ultimo giorno del termine previsto per il pagamento dei premi indicato nell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, la stessa cesserà di produrre i propri effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa conclusa. Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" successivamente a tale termine, essa cesserà di produrre effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa successiva.

In entrambi i casi l'Impresa provvederà all'aggiornamento del contratto adeguandone le condizioni normative e di premio.

Condizioni di assicurazione

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Tabella INAIL

Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

L'indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda tecnica di modulo, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	destro	d/s	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva		v. tab.	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0%	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita:			
▪ del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
▪ dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
▪ di tutte le dita della mano	65%		55%
▪ del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
▪ totale del pollice	28%		23%
▪ totale dell'indice	15%		13%
▪ totale del medio		12%	
▪ totale dell'anulare		8%	
▪ totale del mignolo		12%	
▪ della falange ungueale del pollice	15%		12%
▪ della falange ungueale dell'indice	7%		6%
▪ della falange ungueale del medio		5%	
▪ della falange ungueale dell'anulare		3%	
▪ della falange ungueale del mignolo		5%	
▪ delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
▪ delle due ultime falangi del medio		8%	
▪ delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
▪ delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%

Segue

Condizioni di assicurazione

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	destro	d/s	sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	di 7/10	di 6/10	di 5/10	di 4/10	di 3/10	inferiore a 3/10
15%	18%	21%	24%	28%	32%	35%

- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Condizioni di assicurazione

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

BASSO RISCHIO

Dirigenti e Imprenditori

- Amministratore
- Dirigente
- Funzionario
- Imprenditore senza lavoro manuale

Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione

- Assistente sociale
- Avvocato
- Fisioterapista
- Giornalista
- Insegnante
- Musicista
- Ricercatore universitario

Professioni mediche

- Assistente sanitario
- Infermiere
- Medico specialista / generico
- Odontotecnico
- Veterinario

Professioni tecniche

- Architetto
- Fotografo
- Geologo
- Geometra
- Grafico pubblicitario / Disegnatore
- Ingegnere
- Perito agrario / edile / industriale
- Programmatore informatico
- Tipografo

Impiegati

Attività commerciali e di servizi

- Addetto impresa pulizie
- Barista / Barman
- Bidello
- Cameriere
- Commesso
- Cuoco / Addetto alla cucina
- Collaboratore domestico / Badante
- Estetista
- Farmacia (Titolare / Addetto)
- Operatore turistico / Agente turistico
- Parrucchiere / Barbiere
- Portiere
- Proprietario / Direttore d'albergo / bar / ristorante
- Tabaccaio, Cartolaio, Libraio

Artigiani

- Bustaia
- Elettricista senza accesso a ponti o impalcature
- Idraulico senza accesso a ponti o impalcature
- Orafo / Orologiaio
- Ricamatrice / Merlettaia
- Sarto / Camiciaia

Condizioni di assicurazione

- Tappeziere senza uso di scale, ponti o impalcature

Agricoltura

- Agricoltore proprietario / affittuario senza lavoro manuale
- Allevatore proprietario senza lavoro manuale

Attività non remunerate

- Casalinga
- Disoccupato
- Minore in età prescolare
- Pensionato
- Studente

ALTO RISCHIO

Imprenditori

- Imprenditore con lavoro manuale

Professioni mediche

- Inserviente in struttura sanitaria
- Portantino / barelliere

Professioni tecniche

- Archeologo
- Termotecnico

Attività commerciali e di servizi

- Benzinaio / Addetto a stazione di servizio-autolavaggio
- Commerciante con carico e scarico di merci o uso di macchine
- Macellaio
- Pulizia urbana (addetto)
- Pasticciere / Fornaio / Pastaio / Rosticciere / Panettiere
- Pizzaiolo
- Venditore ambulante

Artigiani e Operai

- Arrotino
- Autista / Autotrasportatore
- Carpentiere
- Elettricista con accesso a ponti o impalcature / Elettrauto
- Fabbro
- Falegname
- Idraulico con accesso a ponti o impalcature
- Imbianchino
- Meccanico / Gommista
- Mobiliere
- Muratore
- Operaio
- Piastrellista

Agricoltura

- Agricoltore proprietario/affittuario con lavoro manuale
- Allevatore proprietario con lavoro manuale
- Bracciante agricolo
- Boscaiolo / Taglialegna
- Giardiniere / Vivaista
- Orticoltore
- Pescatore
- Raccoglitore di frutta o ortaggi

Regolamento della gestione separata - Vitariv

Data ultimo aggiornamento: 31/12/2011

REGOLAMENTO VITARIV

Allianz S.p.A. ha costituito una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, caratterizzata dai seguenti elementi:

- a) la denominazione della gestione separata è VITARIV;
- b) la valuta di denominazione della gestione separata è l'Euro;
- c) il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento della gestione separata è annuale e decorre dal 1° ottobre fino al 30 settembre dell'anno successivo.
All'interno del periodo di osservazione è prevista anche la determinazione di dodici tassi di rendimento mensili, ciascuno dei quali è calcolato con riferimento al periodo di tempo che decorre dal primo fino all'ultimo giorno del mese di calendario;
- d) l'obiettivo della gestione separata è di ottimizzare gli investimenti in coerenza con gli impegni contrattuali e di conseguire un rendimento annuo tendenzialmente stabile.
Le scelte di investimento sono effettuate sulla base delle previsioni sull'evoluzione dei tassi di interesse, considerando le opportunità di posizionamento sui diversi tratti della curva dei rendimenti e su diverse classi di attività, nonché sulla base dell'analisi dell'affidabilità degli emittenti, sempre nel rispetto degli impegni assunti da Allianz S.p.A. con riferimento ai contratti collegati alla gestione separata.
Le attività in cui vengono investite le risorse sono selezionate in coerenza con le disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.
In particolare:
 - i. le risorse della gestione separata sono investite prevalentemente in strumenti finanziari di natura obbligazionaria (titoli obbligazionari e OICR armonizzati di tipo obbligazionario) anche fino al 100% del patrimonio della gestione stessa. I titoli obbligazionari sono selezionati prevalentemente tra quelli emessi da Stati sovrani, organismi internazionali ed emittenti di tipo societario con merito creditizio rientrante nel c.d. "investment grade", secondo le scale di valutazione attribuite da primarie agenzie di rating.
L'investimento in strumenti finanziari di natura azionaria (titoli azionari e OICR armonizzati di tipo azionario) è residuale, fino ad un massimo del 25% del patrimonio della gestione separata.
L'area geografica di riferimento è prevalentemente l'Area Euro.
L'investimento nel comparto immobiliare (diretto o tramite fondi immobiliari) non sarà superiore al 20% del patrimonio della gestione separata e gli investimenti c.d. alternativi, in fondi azionari e obbligazionari non armonizzati e in fondi speculativi, non saranno complessivamente superiori al 10% del patrimonio della gestione separata.
I depositi bancari rappresentano un investimento residuale non superiore al 10% della gestione;
 - ii. i limiti di investimento in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A. sono i seguenti:
 - OICR armonizzati istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 50% del patrimonio della gestione separata;
 - Obbligazioni, azioni ed altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 30% del patrimonio della gestione separata.Per tutelare gli assicurati da possibili situazioni di conflitto di interesse, Allianz S.p.A. pone in essere operazioni infragruppo in coerenza con i principi di sana e prudente gestione, evitando di attuare operazioni che possano produrre effetti negativi per la sua solvibilità o che possano arrecare pregiudizio agli interessi degli assicurati o degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative;
 - iii. le risorse della gestione separata possono essere investite in strumenti finanziari derivati con lo scopo di ridurre il rischio di investimento o di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio;
- e) la gestione separata è aperta a tutte le tipologie di polizze a prestazioni rivalutabili e a tutti i segmenti di clientela;
- f) il valore delle attività della gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili collegati ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa;

Regolamento della gestione separata - Vitariv

- g) il presente Regolamento può essere modificato a seguito dell'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'assicurato;
- h) le spese che gravano sulla gestione separata sono unicamente quelle relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate;
- i) il rendimento della gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione;
- j) il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo al periodo di osservazione è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione stessa.
Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto.
La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.
I criteri di valutazione impiegati ai fini del calcolo della giacenza media non possono essere modificati, salvo in casi eccezionali. In tale eventualità, il rendiconto riepilogativo della gestione separata è accompagnato da una nota illustrativa che riporta le motivazioni dei cambiamenti nei criteri di valutazione ed il loro impatto economico sul tasso medio di rendimento della gestione separata.
Il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo a ciascun periodo mensile all'interno del periodo di osservazione è calcolato con gli stessi criteri di cui sopra, ponendo come base temporale di calcolo lo specifico mese di calendario;
- k) la gestione separata è sottoposta alla verifica da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente;
- l) Allianz S.p.A., qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della gestione separata, al fine di perseguire l'interesse dei contraenti e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla scissione della gestione separata VITARIV o alla fusione della stessa con una o più gestioni separate istituite dalla Società aventi sia analoghe caratteristiche che omogenee politiche di investimento, senza alcun onere o spesa per i contraenti. In tali eventualità, la Società invierà ai contraenti delle polizze a prestazioni rivalutabili collegate ai rendimenti realizzati dalla gestione separata VITARIV una tempestiva comunicazione e, qualora sia necessario redigere un nuovo Regolamento, copia dello stesso;
- m) il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di assicurazione.