



Pramerica

Contratto di Assicurazione Infortuni

Pramerica New Zero Imprevisti

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP Danni
- DIP Aggiuntivo Danni
- Condizioni di assicurazione
- Modulo Proposta di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Danni e il DIP Aggiuntivo Danni.

Edizione 01/19

Pramerica Life S.p.A.

Una Società controllata, coordinata e diretta
da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico

SET INFORMATIVO

“Pramerica New Zero Imprevisti”

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

Il presente Set Informativo, contenente:

DIP Danni	Pag. 3
DIP Aggiuntivo Danni	Pag. 5
Condizioni di Assicurazione	Pag. 10
Modulo Proposta di Assicurazione	(Allegato)

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Danni e il DIP Aggiuntivo Danni.

INDICE

DIP Danni	Pag. 3
DIP Aggiuntivo Danni	Pag. 5
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 10
Norme che regolano l'assicurazione in generale	Pag. 11
Norme che regolano l'assicurazione Infortuni	Pag. 12
Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia	Pag. 17
Norme che regolano l'assicurazione Assistenza	Pag. 21
ALLEGATI	
Allegato 1 - Classi di rischio delle attività professionali	Pag. 29
Allegato 2 - Tabella Ania delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente	Pag. 32
Allegato 3 - Tabella Inail delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente	Pag. 34
Allegato 4 - Invalidità Permanente da Infortunio Franchigia 3%	Pag. 36
Allegato 5 - Invalidità Permanente da Infortunio Franchigia 5%	Pag. 38
Allegato 6 - MODULO PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	(Allegato)

Pramerica Life S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia ed iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00086 e all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 017.

Il presente documento contiene informazioni per aiutare il potenziale contraente a capire le caratteristiche principali relative al prodotto assicurativo danni.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza prevede una copertura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali e contro l'invalidità permanente da malattia, qualora richiamate in polizza. Sono previste inoltre, qualora richiamate in polizza, prestazioni di assistenza.



Che cosa è assicurato?

Sezione Infortuni

- ✓ Morte
- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Inabilità temporanea (solo per lavoratori autonomi e liberi professionisti)
- ✓ Diaria da ricovero
- ✓ Diaria da gessatura
- ✓ Rimborso delle spese mediche

Sezione Malattia

- ✓ Invalidità permanente da malattia

ASSISTENZA (solo se richiamata in polizza)

- Collaboratore familiare
- Consegna esiti al domicilio
- Consegna medicinali
- Consegna spesa a domicilio
- Consulenza medica di alta specializzazione
- Consulenza medica telefonica
- Guardia medica permanente e assistenza domiciliare d'urgenza
- Invio di un fisioterapista
- Invio di un infermiere a domicilio
- Invio di un medico generico a domicilio
- Rimpatrio salma
- Second opinion
- Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario
- Tutoring

L'impegno della Compagnia è in ogni caso rapportato ai massimali, alle franchigie, ai periodi di carenza ed alle limitazioni ed esclusioni indicate nei documenti contrattuali riguardanti il prodotto oltre che alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ al momento della sottoscrizione della polizza siano affette da alcolismo, insulino-dipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita;
- ✗ non rispettino i limiti minimi e massimi di età al momento della sottoscrizione (18 anni) e in corso di validità del contratto (70 anni per morte e invalidità permanente o 65 anni per Inabilità Temporanea e Malattia);
- ✗ al momento della sottoscrizione non risiedano in Italia o nello Stato Città del Vaticano.

L'assicurazione non è operante per:

- ✗ le conseguenze di infortuni accaduti prima della data di effetto dell'assicurazione;
- ✗ le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione.

Tutte le garanzie non sono operanti per gli infortuni conseguenti:

- ✗ alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
- ✗ a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo di pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
- ✗ all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- ✗ a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;
- ✗ alla partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, rivoluzioni, atti di terrorismo;
- ✗ ad infarti ed ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini.

La garanzia **Invalidità permanente da malattia** non è prestata per le conseguenze di:

- ✗ malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), HIV o patologie HIV-correlate;
- ✗ intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ✗ malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza.



Ci sono limiti di copertura?

Nel contratto sono previste limitazioni ed esclusioni alle garanzie assicurative che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Sezione Infortuni

- ! Invalidità permanente da infortunio: franchigia 3%/5% in base alla tabella selezionata;
- ! Inabilità temporanea: franchigia fissa e assoluta pari a 7 giorni;
- ! Rimborso spese mediche: scoperto del 10% con un minimo di 100 euro per sinistro;

Sezione Malattia

- ! Invalidità permanente da malattia: franchigia del 22% e periodo di aspettativa di 90 giorni dalla data in cui ha effetto l'assicurazione.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione ti copre 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. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
- Per la sola copertura invalidità permanente da malattia è previsto l'accertamento dello stato di salute dell'assicurato ed è necessaria la compilazione del questionario sanitario prima della sottoscrizione del contratto.
- Devi denunciare il sinistro infortuni o malattia entro 5 giorni dal giorno in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui ne hai avuto la possibilità e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della polizza.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato alla sottoscrizione della proposta. Puoi chiedere il frazionamento semestrale con una maggiorazione del premio del 2%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze semestrali stabilite.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario non trasferibile, POS (bancomat, carta di credito) e/o bonifico (bancario e/o postale).

Ad ogni rinnovo annuale il premio può essere soggetto ad adeguamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.

Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

La copertura dura un anno dalla data della sottoscrizione della polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e prevede il tacito rinnovo a scadenza.



Come posso disdire la polizza?

Per disdire il contratto devi inviare comunicazione a Pramerica a mezzo lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza annuale. In tal caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.

E' prevista la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge o dopo ogni sinistro denunciato e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto all'indennizzo, dandone comunicazione a Pramerica mediante lettera raccomandata, ad eccezione della garanzia invalidità permanente da malattia per la quale il recesso per sinistro non è esercitabile. Entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, Pramerica rimborsa al contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso per le garanzie cessate ed al netto delle imposte.

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

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: Pramerica New Zero Imprevisti

Data realizzazione documento: 01/01/2019

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

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

Pramerica Life S.p.A. – Società per Azioni con unico socio – società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc USA, Piazza della Repubblica n. 14 – 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: www.pramerica.com; Email: info@pramerica.it; PEC: pramerica@legalmail.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14/03/1990 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/1990. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00086.

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta a € 53 milioni al 31.12.2017, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano a € 40,5 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 264,00% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Sono assicurate le conseguenze degli **Infortuni** che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere di professionalità.

Sono considerati Infortuni anche:

- ✓ l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- ✓ l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- ✓ le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, escluse la malaria, le malattie tropicali e nonché le conseguenze delle punture di zecca;
- ✓ le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni garantiti a termini delle Condizioni di Assicurazione;
- ✓ l'annegamento e l'affogamento;
- ✓ le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)";
- ✓ le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- ✓ gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi.

Sono inoltre compresi gli Infortuni:

- ✓ avvenuti in stato di malore e/o incoscienza;
- ✓ conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- ✓ derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti;
- ✓ che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

In caso di Morte, la Compagnia corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati dall'Assicurato.

In caso di Invalidità Permanente da Infortunio o da Malattia, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato sulla base del grado di invalidità permanente accertato l'indennizzo calcolato in percentuale sulla somma assicurata.

In caso di Inabilità Temporanea, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un indennizzo per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere alle proprie attività professionali dichiarate.

In caso di Diaria da Ricovero, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un indennizzo per tutto il tempo in cui l'Assicurato è stato ricoverato. L'Assicurato ha anche diritto ad una Diaria da Convalescenza per un numero di giorni pari a quelli del ricovero.

In caso di Diaria da Gessatura, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un indennizzo per tutto il tempo in cui l'Assicurato è stato ingessato.

A seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza si rimborsano le spese sanitarie documentate sostenute con il massimo della somma assicurata prevista dall'opzione assicurata prescelta dall'Assicurato indicata in polizza.



Che cosa NON è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono espresse di seguito maggiori informazioni.

Tutte le garanzie non sono operanti per gli infortuni conseguenti:

- ✗ all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma; a corse, gare e relative prove ed allenamenti di manifestazioni sportive di rilievo internazionale. L'esclusione non si applica in caso di corse podistiche e regate veliche svolte nelle acque interne europee e nel bacino del Mediterraneo;
- ✗ alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- ✗ alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; l'assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- ✗ all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
- ✗ alla guida di veicoli e natanti a motore, quando il livello di alcolemia dell'Assicurato supera i limiti previsti dalla Legge;
- ✗ a inondazioni, alluvioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, insurrezioni, fatti di guerra;
- ✗ a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;
- ✗ a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). A contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico.

Rischi esclusi

La garanzia **Invalidità permanente da malattia** non è prestata per le conseguenze di:

- ✗ malattie tropicali, malaria e punture di zecca;
- ✗ trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- ✗ trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;
- ✗ esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono esposte di seguito maggiori informazioni.

- ! In caso di Inabilità Temporanea, l'indennizzo è prestato per un massimo di 365 giorni per sinistro.
- ! In caso di Diaria da Ricovero, l'indennizzo è prestato per un massimo di 365 giorni per sinistro. La Diaria da Convalescenza viene corrisposta per un massimo di 50 giorni per sinistro.
- ! In caso di Diaria da Gessatura, l'indennizzo è prestato per un massimo di 50 giorni per sinistro.



Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro</p>	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro, questo deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della polizza.</p> <p>La denuncia del sinistro, con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato e corredata di certificato medico, di cartelle cliniche complete e ogni altra documentazione utile alla valutazione del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Centrale Operativa di Previmedical o alla Compagnia.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato che ritenga di avvalersi delle prestazioni di Assistenza dovrà rivolgersi alla Centrale Operativa di Previmedical S.p.A., che è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Previmedical S.p.A. gestisce per conto della Compagnia i sinistri.</p> <p>Prescrizione: si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie danni" si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Ricevuta la necessaria documentazione, espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia determina l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, ricevuta notizia della loro accettazione, si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.</p> <p>Qualora non ci sia immediato accordo fra le parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.</p> <p>Qualora dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e la somma assicurata per il caso morte, qualora questa sia superiore.</p> <p>La Compagnia non esige il rimborso nel caso contrario.</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p><i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i></p>
<p>Rimborso</p>	<p>Non sono previsti casi in cui il Contraente ha diritto al rimborso del premio.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
Risoluzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è perfetto per chi desidera proteggersi dall'impossibilità di percepire un reddito che gli consenta di provvedere al proprio sostentamento – e a quello dei propri cari – a causa del verificarsi di un infortunio che generi gravi lesioni o addirittura la morte.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 43%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa Assicuratrice	<p>I reclami, aventi ad oggetto il rapporto contrattuale e specificamente l'effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a:</p> <p>Pramerica Life S.p.A. - Ufficio Gestione Reclami Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano Fax 02.72003580 - Email: gestione.reclami@pramerica.it</p>
All'IVASS	<p>Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a:</p> <p style="text-align: center;">IVASS Servizio Tutela del Consumatore Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 PEC: ivass@pec.ivass.it</p> <p>La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico); • individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; • ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/08/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

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.

SUL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA È DISPONIBILE, INVECE, UN'AREA RISERVATA ATTRAVERSO LA QUALE SI POTRÀ ACCEDERE ALLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA CONSULTANDO I DATI PRINCIPALI DELLE POLIZZE SOTTOSCRITTE, QUALI, A TITOLO MERAMENTE ESEMPLIFICATIVO, LE COPERTURE ASSICURATIVE IN ESSERE, LE CONDIZIONI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTE E LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

L'effetto dell'assicurazione è dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, con lettera raccomandata, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 3 - Recesso in caso di sinistro. In caso di mancato rinnovo non vige il beneficio di cui all'art. 1901, comma 2, del Codice Civile.

Art. 3 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto all'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso mediante lettera raccomandata. Il diritto di recesso non opera in caso di sinistro per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione. Il recesso esercitato dalla Compagnia ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. In tutti i casi, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso per le garanzie cessate ed al netto delle imposte.

Art. 4 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, o rischi analoghi ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consente alla Compagnia di non corrispondere l'Indennizzo.

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione nel caso in cui le altre garanzie infortuni derivino da polizze automaticamente contratte con la titolarità di carte di credito, conti correnti bancari ed altri servizi simili.

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

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

Entrambe le parti dovranno dare notizia di tutte le modifiche o comunicazioni inerenti il contratto di assicurazione dovranno essere effettuate per iscritto con lettera raccomandata.

Art. 6 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 5 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni" e 7 "Persone non assicurabili", spetta alla Compagnia, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 7 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza siano affette da alcolismo, insulino-dipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita.

Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente

dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Compagnia di corrispondere l'indennizzo.

Art. 8 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 9 - Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Il premio della garanzia Invalidità Permanente da Malattia è determinato in funzione dell'età dell'Assicurato. Ove prestata tale garanzia, in occasione di ogni ricorrenza annuale del contratto, il corrispettivo premio si adegua applicando i coefficienti per età.

Art. 10 - Assicurazione per conto altrui

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali derivanti dal contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, purché sul territorio Italiano.

Art. 13 - Legge applicabile

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

Art. 14 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Sezione Infortuni

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Art. 15 - Oggetto dell'assicurazione

Sono assicurate le conseguenze degli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere di professionalità, salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni" purché avvenute in forza di contratto e che lo stesso sia indennizzabile ai termini di polizza.

Sono considerati Infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, escluse la malaria, le malattie tropicali e nonché le conseguenze delle punture di zecca;
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni garantiti a termini delle Condizioni di Assicurazione;
- l'annegamento e l'affogamento;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)";
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi.

Sono inoltre compresi gli Infortuni:

- avvenuti in stato di malore e/o incoscienza;
- conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

Art. 16 - Attività diverse da quella dichiarata

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, l'Assicurato deve darne tempestiva comunicazione all'Intermediario a cui è assegnata la polizza o alla Compagnia. Se l'Infortunio si verifica nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata in polizza:

- l'Indennizzo è corrisposto integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'Indennizzo è corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.

	Classe	Attività Professionale Dichiarata			
		1	2	3	4
Attività Professionale al momento del sinistro	1	100	68	59	44
	2	100	100	87	65
	3	100	100	100	75
	4	100	100	100	100

Per la valutazione del livello di rischio delle attività professionali, si fa riferimento alla Classificazione riportata nell'allegato 1) - Classificazione delle attività professionali.

In caso di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa classificazione saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata. Per le persone la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nei gruppi riportati nell'allegato 1), l'assicurazione è prestata esclusivamente previa autorizzazione della Compagnia risultante da apposito atto dichiarativo.

Premesso che la Compagnia non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione se fosse stata a conoscenza del cambiamento di attività professionale, non sarà corrisposto alcun Indennizzo qualora l'attività svolta dall'Assicurato al momento dell'Infortunio rientri nel seguente elenco:

- atleta sportivo professionista;
- pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
- sub professionista, sommozzatore, palombaro;
- minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;
- militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
- guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
- stuntman, controfigura, circense.

Garanzie prestate

Le garanzie di seguito riportate sono operanti solo se richiamate in polizza, ove risulti indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo Premio.

Art. 17 - Invalidità Permanente da Infortunio: l'accertamento del grado

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente che si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio stesso purché avvenuto durante la validità del contratto e che lo stesso sia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida un indennizzo proporzionale alla somma assicurata, determinato come da criteri specificati al paragrafo successivo e calcolato come da Tabella di indennizzo indicata in polizza.

Il grado di Invalidità Permanente è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione medico-legale indicata in polizza. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Nei casi non specificati sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella Tabella di valutazione medico-legale. In caso di mancinismo,

per le menomazioni degli arti superiori, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro si applicano per il lato sinistro e viceversa.

Art. 17.1 - Determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità Permanente accertata alla Tabella di indennizzo indicata in polizza. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla corrispondente somma assicurata.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede, anche per causa diversa da quella che ha determinato l'Infortunio, prima che la Compagnia abbia effettuato i propri accertamenti medici sui postumi permanenti dell'Invalidità (sempre che gli eredi dimostrino la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi) o dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, l'importo determinato in base alla Tabella di indennizzo indicata in polizza.

Art. 18 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente, entro 2 anni dall'Infortunio, e sia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati.

Art. 18.1 - Morte presunta

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea purché avvenuta durante la validità del contratto e che lo stesso sia indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato ma se ne presuma la morte, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso Morte. Tale liquidazione è subordinata alla condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla presentazione della domanda di morte presunta, ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora successivamente al pagamento dell'Indennizzo si abbiano notizie sicure dell'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai termini delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 19 - Inabilità temporanea da infortunio (solo per lavoratori autonomi)

Se l'Infortunio ha per conseguenza l'Inabilità temporanea dell'Assicurato ed essendo la stessa indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun sinistro, liquida la diaria giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

100% della somma assicurata per Inabilità Temporanea per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza; 50% della somma assicurata per Inabilità Temporanea per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, in ogni caso previa detrazione della Franchigia fissa e assoluta pari a 7 giorni.

La garanzia Inabilità temporanea non è operante per gli Infortuni occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni.

Tale garanzia è operante nel caso in cui l'Assicurato non sia classificabile come lavoratore dipendente o non lavoratore, alla data dell'infortunio. Nel caso in cui l'Assicurato perda la qualifica alla presente garanzia nel corso della durata della polizza a causa di un cambio dello stato lavorativo, lo stesso dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia ed avrà diritto alla restituzione della parte di premio non goduta al netto delle imposte.

Art. 20 - Diaria da Ricovero

La Compagnia rimborsa il 100% della diaria assicurata per ogni giorno di ricovero reso necessario da infortunio per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun sinistro. Il giorno di entrata e quello di uscita dalla struttura sono considerati come un giorno ai fini della liquidazione. Nulla viene liquidato in caso di Day Hospital.

La Compagnia corrisponde una diaria da convalescenza pari al 50% della diaria da ricovero assicurata. La diaria da convalescenza viene corrisposta per un numero di giorni pari a quelli del ricovero, fino ad un massimo di 50 giorni per evento. Analogamente a quanto avviene per la diaria da ricovero, anche in caso di convalescenza nulla viene liquidato in caso di Day Hospital. La diaria viene corrisposta indipendentemente dall'avvenuta prescrizione medica.

Art. 21 - Diaria da Gessatura

La Compagnia rimborsa il 100% della diaria assicurata per ogni giorno di gessatura reso necessario da infortunio per un periodo massimo di 50 giorni per evento, con o senza ricovero in Istituto di cura. Per Gessatura si intende l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico. Si considera equiparata a gessatura l'immobilizzazione totale conseguente a frattura radiologicamente accertata del bacino, del femore, dell'anca, delle costole, della colonna vertebrale, frattura cranica, che si considera necessaria per inapplicabilità della gessatura.

Art. 22 - Rimborso spese mediche

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia rimborsa le spese mediche e di cura sostenute in presenza o meno di ricovero ospedaliero/intervento chirurgico e per trattamenti fisioterapici e rieducativi, entro il massimale annuo previsto dall'Opzione prescelta dall'Assicurato indicata in polizza. In mancanza di ricovero ospedaliero/intervento chirurgico, il massimale annuo è ridotto della metà.

Massimali

Massimali per persona per anno	Opzione 1	Opzione 2	Opzione 3
Spese ricovero o senza intervento	€ 5.000	€ 15.000	€ 30.000
Sottolimito spese senza intervento/ricovero	€ 2.500	€ 7.500	€ 15.000
Sottolimito Danni estetici	€ 2.500	€ 7.500	€ 15.000
Sottolimito Trattamenti fisioterapici	€ 1.667	€ 3.500	€ 3.500
Sottolimito Trasporto dell'Assicurato	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
Sottolimito Protesi	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
Sottolimito Presidi ortopedici e acquisto/noleggio stampelle/carrozzelle	€ 250	€ 250	€ 250

Spese mediche e di cura garantite:

- onorari dei chirurghi, dell'équipe operatoria e di ogni soggetto partecipante all'operazione;
- rette di degenza;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- medicinali riportati nel prontuario medico;
- accertamenti diagnostici;
- il trasporto dell'Assicurato al Pronto Soccorso (e ritorno a casa) con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico;
- i trattamenti fisioterapici e rieducativi, quali prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da un medico specialista regolarmente iscritto all'albo o da un professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tesi a rendere possibile il recupero delle funzioni dell'apparato muscolo scheletrico a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da un medico specialista la cui specializzazione sia congrua con le lesioni certificate. Sono da ritenersi in ogni caso escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- spese per protesi e presidi ortopedici (corsetti, tutori..) e acquisto/noleggio di stampelle/ carrozzelle;
- danni estetici: rimborso delle spese a scopo ricostruttivo sostenute entro 2 anni dal giorno dell'infortunio;
- onorari per visite di specialisti, ad eccezione dei costi sostenuti per onorari versati ai medici o ad altri professionisti intervenuti per la quantificazione e la liquidazione delle conseguenze dell'infortunio;

E' in ogni caso escluso il rimborso delle cure odontoiatriche e ortodontiche, delle parodontopatie e delle protesi dentarie.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative parcelle, distinte e ricevute di pagamento in originale debitamente quietanzate, previa deduzione di uno scoperto pari al 10%, con il minimo di € 100,00 per Sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà i ticket senza applicazione di alcuno scoperto.

Sono ammesse a rimborso solo le spese sostenute entro e non oltre 120 giorni dalla data dell'Infortunio

indennizzabile a termine di polizza.

Altre garanzie (sempre operanti)

Art. 23 - Morte contestuale

Qualora in un medesimo evento si verifichi la morte per Infortunio di entrambi i genitori assicurati con la presente polizza, la Compagnia corrisponde ai figli minorenni o invalidi civili, espressamente indicati in polizza quali beneficiari, l'Indennizzo spettante per ciascun genitore aumentato del 100%. In qualsiasi caso, l'Indennizzo complessivo per evento non può essere superiore a 1.600.000 euro.

Art. 24 - Rotture Tendinee sottocutanee

A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori;

la Compagnia liquida il grado di Invalidità pari al 3% con il massimo di 5.000 euro, senza l'applicazione delle Franchigie eventualmente previste una sola volta nell'arco di validità della polizza.

Art. 25 - Rimpatrio Salma

Qualora si verifichi la morte per Infortunio purché avvenuto durante la validità del contratto e che lo stesso sia indennizzabile a termini di polizza mentre l'Assicurato si trova al di fuori dall'Italia e Vaticano, la Compagnia rimborsa le spese sostenute dai beneficiari per il rimpatrio della salma fino a 5.000 euro per singola persona assicurata.

Delimitazioni

Art. 26 - Esclusioni (operanti per tutte le garanzie)

L'assicurazione non è operante in caso di Morte, Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea, Diaria da Ricovero e Diaria da Gessatura, conseguenti ad infortuni accaduti prima della data di effetto dell'assicurazione.

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni conseguenti:

- 1. alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;***
- 2. all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma; a corse, gare e relative prove ed allenamenti di manifestazioni sportive di rilievo internazionale. L'esclusione non si applica in caso di corse podistiche e regate veliche svolte nelle acque interne europee e nel bacino del Mediterraneo;***
- 3. alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;***
- 4. alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; l'assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;***
- 5. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;***
- 6. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico***

e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;

- 7. alla guida di veicoli e natanti a motore, quando il livello di alcolemia dell'Assicurato supera i limiti previsti dalla Legge;*
- 8. all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;*
- 9. a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;*
- 10. alla partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, rivoluzioni, atti di terrorismo;*
- 11. a inondazioni, alluvioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, insurrezioni, fatti di guerra;*
- 12. a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;*
- 13. a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). A contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;*
- 14. ad infarti ed ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie sempre operanti" al paragrafo "Rotture tendinee sottocutanee").*

Art. 27 - Criteri di calcolo e di valutazione dell'Indennizzo

Il grado di Invalidità Permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale Ania o Inail, indicata in polizza così come riportato negli allegati 2 e 3.

La Compagnia liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alla franchigia indicata in polizza così come riportato nelle Tabelle degli allegati 4 e 5.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 3% della totale per quanto riguarda l'allegato 4.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 5% della totale per quanto riguarda l'allegato 5.

Art. 28 - Franchigia attività sportive

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'Indennizzo dell'Invalidità Permanente è determinato applicando la tabella di liquidazione - Invalidità Permanente con Franchigia 5% senza supervalutazione.

Art. 29 - Limiti di età

Garanzie Morte e Invalidità Permanente da Infortuni

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 70° anno d'età. Resta inteso che qualora l'Assicurato compia il 70° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.

Età all'ingresso 18 anni.

Garanzia Inabilità temporanea da Infortunio

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 65° anno d'età. Resta inteso che qualora l'Assicurato compia il 65° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, l'assicurazione cessa alla scadenza annua di polizza successiva al compimento del 65° anno d'età.

Età all'ingresso 18 anni.

Sezione Malattia

Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

Garanzia valida solo se espressamente richiamata in polizza e sia indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo Premio.

Art. 30 - Oggetto dell'assicurazione

È assicurata l'Invalidità Permanente conseguente a Malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e non oltre la data della sua cessazione, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono, purché non conseguente o complicanza diretta o indiretta di stati patologici pre-esistenti, avvenuta in forza di contratto e che la stessa sia indennizzabile ai termini di polizza.

Per accedere alla copertura assicurativa l'Assicurato deve obbligatoriamente compilare un questionario sanitario che forma parte integrante delle polizze così come l'eventuale ulteriore documentazione medica acquisita per la valutazione del rischio.

Art. 31 - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia

Il grado di Invalidità Permanente da Malattia è accertato nel periodo compreso tra i 6 e i 24 mesi dalla data di denuncia della malattia, sulla base delle tabelle contenute nel D.M. n° 38 del 12 Luglio 2000.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente non possa essere determinata sulla base dei valori riportati nella tabella menzionata, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, nella quale è sempre diminuita la capacità dell'Assicurato ad adempiere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 22% della totale.

Qualora l'Invalidità Permanente accertata sia di grado superiore al 22%, la Compagnia liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare	Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare
Da 1 al 22	0	45	40
23	2	46	42
24	2	47	44
25	3	48	46
26	4	49	48
27	6	50	50
28	8	51	53
29	10	52	56
30	12	53	59
31	14	54	62
32	16	55	65
33	18	56	68
34	20	57	71
35	22	58	74
36	24	59	77
37	26	60	80
38	28	61	83
39	29	62	86
40	30	63	89
41	32	64	92
42	34	65	95
43	36	Da 66 al 100	100
44	38		

Art. 32 - Determinazione dell'Indennizzo

L'Indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità Permanente da Malattia accertato alla Tabella di indennizzo indicata in polizza. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente da Malattia è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli

eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede, anche per causa diversa da quella che ha determinato la Malattia, prima che la Compagnia abbia effettuato i propri accertamenti medici sui postumi permanenti dell'Invalidità (sempre che gli eredi dimostrino la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi) o dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, l'importo determinato in base alla Tabella di indennizzo indicata in polizza.

Delimitazioni

Art. 33 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- 1. Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;*
- 2. A.I.D.S.; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), HIV o patologie HIV-correlate;*
- 3. intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;*
- 4. malattie tropicali, malaria e punture di zecca;*
- 5. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;*
- 6. trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
- 7. contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;*
- 8. malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza;*
- 9. esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate.*

Art. 34 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia vale per le Invalidità permanenti conseguenti a Malattia manifestatasi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con garanzia Invalidità Permanente da Malattia riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui ha avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Art. 35 - Limiti di età

Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 65° anno d'età. Resta inteso che qualora l'Assicurato compia il 65° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, l'assicurazione cessa alla scadenza annua di polizza successiva al compimento del 65° anno d'età.

Età all'ingresso 18 anni.

Art. 36 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Il sinistro Infortuni o Malattia deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della polizza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Codice Civile.

La denuncia del sinistro, con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato e corredata di certificato medico, di cartelle cliniche complete e ogni altra documentazione utile alla valutazione del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Struttura Operativa o alla Compagnia inoltrando la documentazione a:

Ufficio Liquidazioni Pramerica INFORTUNI c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

In caso di ingiustificato ritardo della denuncia, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera da Inabilità temporanea, ove prestata, a partire dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa.

Gli eventuali successivi prolungamenti dell'Inabilità temporanea devono essere tempestivamente comunicati mediante l'invio di apposito certificato medico.

Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto alla Compagnia o alla Struttura Operativa provvedendo altresì alla presentazione, della copia della cartella clinica completa, certificato di morte, il verbale delle autorità giudiziarie.

La Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato, i suoi familiari o agli aventi diritto ulteriore documentazione qualora lo ritenesse necessario per la definizione del sinistro.

Le spese relative a certificati medici, cartelle cliniche e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'Assicurato.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assicurati 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti recapiti:

800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)
199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
+39 04221744 215 per chiamate dall'estero

Art. 37 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia Rimborso spese mediche

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve chiedere il rimborso alla Compagnia delle spese sostenute rese necessarie dall'infortunio inviando, oltre alle notule di spesa, anche la descrizione dell'evento indicando il luogo, il giorno e l'ora dell'Infortunio, le cause che lo hanno determinato con certificazione medica attestata le lesioni e le prestazioni necessarie con referti di esami strumentali che oggettivamente documentino l'infortunio e le lesioni subite.

Per ogni evento denunciato lo stesso dovrà essere accompagnato da certificato di Pronto Soccorso.

In caso di ricovero, sia con che senza degenza notturna, è necessaria la cartella clinica completa in copia conforme all'originale.

Le prestazioni erogate e fatturate dovranno essere congrue con le lesioni oggettivamente documentate e la descrizione dell'infortunio.

Art. 38 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio denunciato. Qualora l'Infortunio colpisca una persona che non è fisicamente integra o sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Art. 39 - Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non sono oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Qualora la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità è effettuata quindi in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 40 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia determina l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, ricevuta notizia della loro accettazione, si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima. Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Qualora dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e la somma assicurata per il caso Morte, qualora questa sia superiore. La Compagnia non esige il rimborso nel caso contrario.

Art. 41 - Controversie - Arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalle Condizioni di Assicurazione, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato, salvo che le Parti, in alternativa, concordino di scegliere la città sede della direzione della Compagnia o la città sede dell'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno.

Sezione Assistenza

Norme che regolano l'assicurazione "Assistenza"

Garanzia operante solo se presente in polizza.

Art. 42 - Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia fornisce all'Assicurato, che a seguito di infortunio o malattia ne abbia necessità, le prestazioni sotto descritte.

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa che se ne occupa come indicato all'Art. 44 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 43 - Prestazioni di Assistenza

1 - Collaboratore familiare

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze do

mestiche, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

2 - Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante e nessuno possa andare per lui, la centrale Operativa, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato. Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

3 - Consegna medicinali

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Compagnia, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

4 - Consegna spesa a domicilio

Quando, in seguito ad infortunio o malattia che abbiano dato luogo ad interventi di particolare complessità tali da determinare una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà, nelle due settimane successive all'evento, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Assistito sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

5 - Consulenza medica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica, di cui la Centrale Operativa si avvale, provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

6 - Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

- *informazione ed orientamento medico telefonico*: quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso;
- *consulenza telefonica medico specialistica*: quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non

fornisce diagnosi o prescrizioni e non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

7 - Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica sono a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico specialista.

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

8 - Invio di un fisioterapista

Se l'Assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, dovesse avere necessità di effettuare cicli di trattamenti fisioterapici anche a domicilio, la Centrale Operativa predisporrà l'effettuazione degli stessi. Il costo dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al fisioterapista. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

9 - Invio di un infermiere a domicilio

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa provvederà al reperimento dello stesso. Il costo delle prestazioni infermieristiche è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente all'infermiere. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

10 - Invio di un medico generico a domicilio

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessita di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite la Centrale Operativa è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

11 - Rimpatrio Salma

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia deceduto, la Centrale Operativa può organizzare e gestire, per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il contenuto del presente servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma. I costi del trasporto e dell'organizzazione rimarranno a carico degli aventi diritto dell'assicurato.

12 - Second Opinion - Secondo Parere Medico

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia complementare rispetto alla precedente valutazione medica. Inoltre, con riferimento alle seguenti patologie:

1. Malattie Cardiovascolari
2. Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
3. Cecità
4. Sordità
5. Tumori Maligni
6. Insufficienza Renale
7. Trapianto di Organo

8. Sclerosi Multipla
9. Paralisi
10. Malattia di Alzheimer
11. Malattia di Parkinson
12. Gravi Ustioni
13. Coma

L'Assicurato potrà anche avvalersi di una consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical attraverso la partnership con due primari provider internazionali (Global Exel e Best Doctors). In ogni caso la Second Opinion internazionale potrà essere attivata anche per tutte quelle patologie che a giudizio del team medico di Previmedical siano ritenute di rilevante rischio ai fini dello stato di salute dell'Assistito. Il servizio telefonico da telefono fisso e di eventuale traduzione della cartella clinica non comporta costi per l'Assistito.

13 - Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. I costi del trasporto verranno fatturati a tariffa agevolata direttamente all'Assicurato.

14 - Tutoring

L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

Art. 44 - Modalità per la richiesta di assistenza

L'Assicurato che necessita delle prestazioni di Assistenza dovrà rivolgersi alla Centrale Operativa di Previmedical che è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, ai seguenti numeri:

800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)
199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
+39 04221744 215 per chiamate dall'estero

GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Compagnia e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

A

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Attività professionali

Qualsiasi attività non inerente alla vita privata, sia essa o meno a scopo di lucro.

C

Carenza/Termini di aspettativa

Periodo di tempo durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.

Compagnia

Pramerica Life S.p.A. società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

F

Franchigia

L'importo contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

I

Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Inabilità temporanea da infortunio

La perdita temporanea a seguito di infortunio, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

Invalidità Permanente

La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla professione svolta.

Invalide Civile

Ai fini della presente polizza per invalido civile si intende il soggetto affetto da malattie e menomazioni permanenti e croniche, sia di natura fisica che psichica ed intellettuale, e nei confronti del quale è stato riconosciuto un grado di invalidità civile pari o superiore al 74% e che non svolge attività lavorativa.

M

Malattia

Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia mentale

Ogni patologia mentale e del comportamento (come, per esempio, psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.).

P

Patologia preesistente

Alterazione dello stato di salute conosciuta e/o diagnosticata o insorta – secondo giudizio medico – prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per l'assicurazione.

Q

Questionario sanitario

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato per consentire la valutazione del rischio Invalidità Permanente da Malattia.

R

Ricovero

La degenza, che comporti almeno un pernottamento, in strutture ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

S

Sforzo

Atto fisico sproporzionato rispetto alla struttura corporea dell'Assicurato non rientrante tra le azioni della normale vita lavorativa e/o privata.

Sinistro

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

Sport professionistico

Secondo la legge 23 marzo 1981 n° 91 e successive modifiche vengono definiti sportivi professionisti gli atleti che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualifica dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Struttura Operativa

E' parte della struttura organizzativa Previmedical, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

T

Tabella di Indennizzo

La tabella attraverso la quale viene determinato l'Indennizzo spettante all'Assicurato per il grado di Invalidità Permanente accertato secondo la Tabella di valutazione medico-legale.

Tabella di valutazione medico-legale

La tabella finalizzata alla determinazione del grado di Invalidità Permanente subito dall'Assicurato in seguito a sinistro.

Territorio italiano

Il territorio della Repubblica Italiana e della Città del Vaticano.

ALLEGATI

Allegato 1 - Classi di rischio delle attività professionali

Il premio di assicurazione è calcolato in base alla professione dichiarata dall'Assicurato che si identifica con quella risultante dall'elenco seguente in corrispondenza delle quattro classi di rischio. Qualora oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, anche se non prevalente, occorre darne atto alla Compagnia e si dovrà applicare il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio, con classe tariffaria successiva.

CLASSE 1

Descrizione Attività Professionale

- Abbattitori di piante
- Addetti a centri elaborazione dati
- Addetti alla produzione di formaggi e prodotti caseari
- Addetti in imprese di pulizia con o senza uso di impalcature esterne Agenzia di recapito (fattorini)
- Agricoltori che lavorano manualmente
- Allevatori di bestiame o di altri animali che prestano opera manuale Antennisti (installatori di antenne radio-TV)
- Argentieri/doratori Bidelli
- Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza Collaudatori di veicoli e natanti a motore
- Concessionari auto-motoveicoli (addetti di) Corniciai
- Custodi/portieri di stabili, alberghi, musei e simili Esercito, marina militare ed aviazione
- Fantini
- Ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli Giocattoli, articoli sportivi (addetti alla produzione di) Gommisti/vulcanizzatori
- Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri, guardie forestali
- Guardie notturne, giurate, guardie armate, portavalori, investigatori privati, guardie del corpo Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori
- Incisori/coniatori Infermieri diplomati
- Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, ballo, atletica leggera Insegnanti di nuoto e bagnini
- Istruttori di pratica (guida) di scuola guida Materassai
- Mobiliari: fabbricazione mobili in ferro Palombari/sommozzatori
- Saldatori Speleologi Veterinari Vetrai
- Vigili del fuoco Vigili urbani

CLASSE 2

Descrizione Attività Professionale

- Abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti (addetti alla confezione o commessi presso) Addetti in lavanderia, pulisecco, tintorie e stierie
- Agenti di cambio o di borsa, agenti immobiliari Agenti di commercio
- Agricoltori (proprietari, affittuari, ecc.) che non prendono parte ai lavori manuali Allevatori di bestiame o di altri animali che non prestano opera manuale
- Altri artigiani (non inclusi in altre categorie indicate) con o senza uso di macchine Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali
- Attrezzisti, macchinisti (settore spettacolo)
- Autisti di autocarri e motocarri con carico e scarico
- Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, autonoleggio, autofunebri Avvocati e procuratori legali
- Ballerini
- Bambinaie, babysitter
- Bar, caffè, bottiglierie, proprietari/addetti a birrerie, enoteche, paninoteche (addetti di) Calzolai

- Camerieri
- Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza (personale amministrativo)
- Casalinghe
- Casalinghi (Addetti alla produzione di)
- Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce Cuochi
- Distributori automatici di carburante (gestori di) con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili Facchini (portabagagli di piccoli colli) o addetti al carico e scarico di merci in genere (portuali, doganali, ecc.)
- Fotografi anche all'esterno
- Frutta e verdura, fiori e piante (addetti alla confezione e vendita di) Geometri che accedono anche ai cantieri
- Impiegati tecnici
- Lattonieri anche su impalcature e ponti Liberi professionisti (non medici) Marmisti e marmisti posatori a terra Muratori
- Odontotecnici
- Operai (dipendenti) e lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine
- Pensionati
- Pescatori (pesca marittima costiera)
- Restauratori e antiquari (con o senza uso di impalcature) Ristoranti, trattorie, pizzerie
- Rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria (addetti di) Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie (addetti di)
- Scultori/Intagliatori

CLASSE 3

Descrizione Attività Professionale

- Agenti/ispettori di assicurazione
- Albergatori con o senza prestazioni manuali
- Architetti con accesso cantieri senza lavoro manuale
- Articoli ed apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali (addetti alla produzione di)
- Articoli igienico-sanitari con installazione (addetti alla produzione di) Autisti ambulanza
- Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico Autoriparatori (carrozzeri o meccanici)
- Barbieri, parrucchieri da donna Benestanti senza particolari occupazioni Carpenteri in legno o ferro
- Cartolerie, librerie, edicole (commessi ed addetti di)
- Cave a giorno: proprietari o addetti che lavorano manualmente Clero (appartenenti al)
- Conciai
- Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc.
- Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili Domestici
- Elettrauto
- Eletttricisti che lavorano anche o solo all' esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione
- Elettrodomestici, radio-TV, mobili, articoli igienico-sanitari: con o senza installazione ma esclusa la posa
- Fabbri a terra o anche su impalcature e ponti Falegnami
- Floricoltori Fonditori Geologi
- Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri Giardinieri - Vivaisti
- Giornalisti (cronisti, corrispondenti)
- Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso di scale, impalcature e ponti Impiegati amministrativi in genere
- Impiegati in agenzie d' affari, di pubblicità e di viaggi
- Imprenditori in genere (non edili) che possono prendere parte ai lavori Ingegneri occupati anche all'esterno che accedono anche ai cantieri Litografi e tipografi
- Magistrati
- Mediatori di bestiame Medici
- Mobiliari: fabbricazione mobili in legno Ortopedici (fabbricanti di apparecchi) Ostetriche

- Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria (addetti di) Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno
- Restauratori e antiquari (esclusi mobili e senza uso di impalcature) Riparatori elettrodomestici e computer
- Sarti
- Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori (addetti di) Topografi
- Vetrinisti

CLASSE 4

Descrizione Attività Professionale

- Addetti agli zoo Agronomi Allenatori sportivi
- Amministratori di società Analisti chimici
- Antiquari senza restauro
- Architetti senza accesso ai cantieri
- Articoli in pelle, calzature (addetti alla produzione di) Assistenti sociali
- Autorimesse: esercenti, addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio ecc. Biologi/addetti a laboratori di analisi
- Callisti, manicure, pedicure, estetisti
- Cave a giorno con o senza uso di mine: proprietari o addetti che non lavorano manualmente Certificatori di bilancio e revisori dei conti
- Commercialisti
- Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce Demolitori di autoveicoli
- Diplomatici
- Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accessi a cantieri, ponti, impalcature ecc. Dirigenti occupati solo in ufficio
- Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro Disegnatori occupati solo in ufficio
- Enologi ed enotecnici Farmacie e Farmacisti Fotografi solo in studio
- Geometri occupati solo in ufficio Grafici
- Guide turistiche
- Idraulici solo all'interno di edifici o a terra
- Imprenditori in genere che non lavorano manualmente Indossatori e modelli
- Ingegneri occupati solo in ufficio Insegnanti scolastici e docenti universitari Istruttori di teoria di scuola guida Magliaie
- Notai
- Oreficerie, orologerie, gioiellerie (addetti di)
- Restauratori ed antiquari con restauro di mobili (addetti di) Scrittori
- Studenti Tappezzieri Tornitori

Allegato 2 - Tabella Ania delle valutazioni del grado percentuale di Invalità Permanente

Descrizione Infortunio	Percentuale Destra	Percentuale Sinistra
Perdita totale anatomica o funzionale di:		
arto superiore	70	60
mano o avambraccio	60	50
pollice	18	16
indice	14	12
medio o anulare	8	6
mignolo	12	10
falange ungueale del pollice	9	8
falange di altro dito della mano	1/3 dito	1/3 dito
Anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapula	25	20
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20	15
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10	8
Paralisi completa del nervo radiale	35	30
Paralisi completa del nervo ulnare	20	17
Amputazione di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia		70
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60
al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba		50
Amputazione di:		
un piede		40
ambidue i piedi		100
un alluce		5
altro dito del piede		1
falange ungueale dell'alluce		2,5
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35
Anchilosi del ginocchio in estensione		25
Anchilosi della tibia-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astralgica		15
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno		15
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100
Sordità completa di un orecchio		10
Sordità completa di entrambi gli orecchi		40
Stenosi nasale assoluta monolaterale		4
Stenosi nasale assoluta bilaterale		10
Esiti di frattura scomposta di una costa		1
Esiti di frattura amielica-somatica con deformazione a cuneo di:		
vertebra cervicale		12
vertebra dorsale		5
12° dorsale		10
vertebra lombare		10

Esiti di frattura di un metamero sacrale	3
Esiti di frattura di un metamero coccige o con callo deforme	5
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2
Perdita anatomica di un rene	15
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8

Per valutare menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi. Per menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché perdita totale, le percentuali si riducono in proporzione alla funzionalità perduta.

Allegato 3 - Tabella Inail delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124		
Tipologia di sinistro	Percentuale di Invalidità Permanente	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazione della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)	-	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticaria:		
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		
Esiti di 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 con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per la disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75:		
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 in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	25%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in 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 fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più 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%	

Allegato 4 - Invalidità Permanente da Infortunio**Franchigia 3%**

Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare	Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare
1	0	51	48
2	0	52	49
3	0	53	50
4	1	54	51
5	2	55	52
6	3	56	53
7	4	57	54
8	5	58	55
9	6	59	56
10	7	60	57
11	8	61	58
12	9	62	59
13	10	63	60
14	11	64	61
15	12	65	62
16	13	66	63
17	14	67	64
18	15	68	65
19	16	69	66
20	17	70	67
21	18	71	68
22	19	72	69
23	20	73	70
24	21	74	71
25	22	75	72
26	23	76	73
27	24	77	74
28	25	78	76
29	26	79	78
30	27	80	80
31	28	81	82
32	29	82	84
33	30	83	86
34	31	84	88
35	32	85	90
36	33	86	92
37	34	87	94
38	35	88	96
39	36	89	98
40	37	90	100
41	38	91	102
42	39	92	104
43	40	93	106
44	41	94	108

45	42	95	110
46	43	96	112
47	44	97	114
48	45	98	116
49	46	99	118
50	47	100	120

Allegato 5 - Invalidità Permanente da Infortunio**Franchigia 5%**

Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare	Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare
1	0	51	46
2	0	52	47
3	0	53	48
4	0	54	49
5	0	55	50
6	1	56	51
7	2	57	52
8	3	58	53
9	4	59	54
10	5	60	55
11	6	61	56
12	7	62	57
13	8	63	58
14	9	64	59
15	10	65	60
16	11	66	61
17	12	67	64
18	13	68	65
19	14	69	66
20	15	70	67
21	16	71	68
22	17	72	69
23	18	73	70
24	19	74	71
25	20	75	72
26	21	76	73
27	22	77	74
28	23	78	76
29	24	79	78
30	25	80	80
31	26	81	82
32	27	82	84
33	28	83	86
34	29	84	88
35	30	85	90
36	31	86	92
37	32	87	94
38	33	88	96
39	34	89	98
40	35	90	100
41	36	91	102
42	37	92	104
43	38	93	106
44	39	94	108

45	40	95	110
46	41	96	112
47	42	97	114
48	43	98	116
49	44	99	118
50	45	100	120



Pramerica

www.pramericagroup.it

Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale

Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano

Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580

PEC: pramerica@legalmail.it

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.

Partita IVA 10528800963

Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086

Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 017.

Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico Prudential Financial Inc. USA non è affiliata con Prudential Plc. che ha sede nel Regno Unito.