

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato con il presente articolo, con uno scoperto del 20% con il minimo di euro 75 per ogni infortunio;

- d) per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura o da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, nonché in ambulanza - se necessaria - per il rientro al domicilio: **il tutto entro il limite del 10% del massimale assicurato a titolo di rimborso spese di cura e con il massimo di euro 520;**
- e) per intervento riparatore del danno estetico **fino alla concorrenza di euro 2.600.** Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga **entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.**

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, per i punti b) c) ed e), la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione della franchigia.

Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'art. 5.1).

Il rimborso viene effettuato dalla Società ad avvenuta guarigione clinica, **su presentazione in originale da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi** (notule del medico, ricevuta del farmacista o dell'ambulatorio, conto dell'ospedale o clinica e simili fiscalmente regolari e quietanzati).

ART. 3.5 - RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, una **invalidità permanente accertata pari o maggiore del 60%** della totale, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità, la Società - mediante una polizza vita emessa dalla stessa - assicurerà il pagamento di **una rendita vitalizia annuale, rivalutabile, dell'importo iniziale indicato in polizza.** L'effetto della polizza vita avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà da adeguato documento rilasciato all'infortu-

nato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 4.1 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:

1. **pratica di paracadutismo e dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di aeromobili in genere e degli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dell'art. 2.2);**
2. **pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
3. **partecipazione a gare motoristiche - non di regolarità pura- e alle relative prove;**
4. **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
5. **pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, judò, karatè e arti marziali in genere, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, arrampicata libera (free climbing);**
6. **guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta o di guida senza permesso internazionale dove necessario (c.d. patente internazionale), a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o per il rilascio del permesso;**
7. **abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;**
8. **operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;**
9. **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

- 10. guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione (salvo quanto previsto dall'art. 2.1), tumulti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani;**
- 11. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.**

Sono altresì esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

ART. 4.2 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, A.I.D.S. o sindromi correlate, o dalle seguenti malattie neuro psichiche: patologie cerebrali su base organica, disturbi psicotici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

ART. 4.3 - PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplezia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, **sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.** Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, **il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento del rischio, la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'art. 1898 del C.C..**

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 5.1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa -

anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, deve essere fatta per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società entro 3 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuta la possibilità.

Successivamente l'Assicurato invierà i certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, sarà necessario dare immediato avviso telegrafico alla Società.

Nel caso di diaria generica, diaria per applicazione di apparecchio gessato o indennità post-ricovero i certificati medici dovranno essere rinnovati alle successive scadenze. In mancanza, la liquidazione delle indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. **L'Assicurato, i suoi famigliari e gli aventi diritto saranno tenuti a consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.**

Le spese relative ai certificati medici, e salvo patto speciale, quelle di cura, sono a carico dell'Assicurato.

Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato o gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità, se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 5.2 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo. Pertanto :

non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, in quanto conseguenze indirette di esso; se al momento dell'infortunio l'Assi-

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

curato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito un persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente di cui all'art. 5.4 e all'art.3.2 lettera B) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 5.3 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della diaria generica, sulla pertinenza del rimborso delle spese di cura, sulla pertinenza o durata dell'indennità di degenza o post-ricovero, nonché sulla contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia e sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 5.2, **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria su accordo delle Parti, possono essere demandate 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 nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con la dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per 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.**

ART. 5.4 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

Il rimborso delle spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio – desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

	dx	sx
perdita totale, anatomica o funzionale:		
di un arto superiore	70%	60%
della mano o dell'avambraccio	60%	50%
del pollice	18%	16%
dell'indice	14%	12%
del medio	8%	6%
dell'anulare	8%	6%
del mignolo	12%	10%
della falange ungueale del pollice	9%	8%
di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
anchilos		
della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
perdita totale anatomica o funzionale di:		



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

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%
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	3%
anchilosi dell'anca	
in posizione favorevole del ginocchio in estensione	35%
della tibio tarsica ad angolo retto	25%
con achilosi della sottoastragala	15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
perdita totale anatomica o funzionale di:	
un occhio	25%
ambidue gli occhi	100%
perdita totale della capacità uditiva di:	
un orecchio	10%
ambidue gli orecchi	40%
stenosi nasale assoluta	
monolaterale	4%
bilaterale	10%
esiti di frattura	
scomposta somatica di una costa	1%
amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
- di una metamera sacrale	3%
- di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza	8%
afonia (perdita totale della voce)	30%

(la parziale perdita della voce non è indennizzabile)

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida ai beneficiari il relativo importo.

ART. 5.5 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del C.C. verso i civilmente responsabili, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 3.4.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

CONDIZIONI PARTICOLARI

(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

A) CLAUSOLA FRANCHIGIA - INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 3.2 lettera A), relativamente al caso di invalidità permanente, **la franchigia assoluta del 3% deve intendersi applicata fino alla concorrenza di euro 210.000 di capitale assicurato**, si conferma la franchigia del 10% oltre euro 210.000.

B) MALATTIE TROPICALI

La garanzia è estesa - per il solo caso di invalidità permanente - alle malattie tropicali, come definite dalle disposizioni di legge in materia. L'assicurazione è prestata per una somma pari a quella assicurata per l'evento-infortunio, **ma con il massimo di euro 260.000 per singolo Assicurato.**

La garanzia è prestata con una franchigia del 24% e pertanto

- **nessun indennizzo spetta qualora l'invalidità accertata sia pari o inferiore al 24%;**
- **se l'invalidità accertata è maggiore del 24%, la Società liquida un indennizzo pari al:**
 - **10% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 25% e il 32%;**
 - **25% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 33% e il 40%;**
 - **40% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 41% e il 50%;**
 - **55% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 51% e il 60%;**
 - **70% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 61% e il 75%;**
 - **100% del capitale assicurato per invalidità maggiori del 75%.**

La presente estensione di garanzia vale **a condizione che gli Assicurati siano in buona salute e si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.**

Il Contraente si impegna a trasmettere agli Assicurati l'obbligo di denunciare alla Società di essere stati colpiti dalla malattia di cui trattati indipendentemente dall'esito che essa avrà, nonché di produrre in sede di denuncia

la documentazione a prova dell'avvenuta profilassi.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di invalidità verranno effettuati in Italia.

La Società prenderà in considerazione soltanto i sinistri che siano denunciati non oltre 30 giorni dalla scadenza contrattuale.

C) BONUS LUNGA DEGENZA (solo per garanzia completa professionale ed extra-professionale)

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, **che si protragga, senza soluzione di continuità, per almeno 40 pernottamenti**, verrà riconosciuto un "Bonus lunga degenza" di euro 1.100 per un solo evento in ciascun anno assicurativo.

D) ADOZIONE DELLE TABELLE DI LEGGE

A parziale deroga dell'art. 5.4, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124 (vedi Tabelle INAIL riportate nelle presenti Condizioni Contrattuali), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

Restano ferme le altre norme stabilite dal predetto art. 5.4.

Questa condizione particolare, anche se richiamata nella scheda di polizza, non sarà in ogni caso operante durante lo svolgimento delle attività sportive elencate ai punti a) e b) di cui all'art. 2.1, per i quali varrà la tabella di valutazione prevista dall'art. 5.4.

E) LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale

In caso di cessazione od interruzione del rapporto di lavoro la garanzia rimarrà operante sino al 45° giorno dalla data di cessazione o interruzione per gli stessi capitali indicati in

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

polizza. **Trascorso tale termine** e fin tanto che l'Assicurato non abbia ripreso il normale rapporto di lavoro o instaurato altro rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi con orario fisso, **la garanzia si intende prestata per somme pari al 60% di quelle indicate in polizza.**

L'Assicurato si impegna a denunciare alla Società tutti gli infortuni che - anche se esplicitamente esclusi dalla garanzia - comportino una invalidità permanente.

F) LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'Assicurazione vale per gli infortuni che dovessero verificarsi soltanto in esplicitazione delle attività professionali descritte nella presente polizza. **E' escluso il rischio "in itinere".**

G) RISCHIO "IN ITINERE"

Ad integrazione della precedente lettera F), la garanzia si estende agli infortuni che avvengano durante il tempo necessario a compiere il tragitto, anche con l'uso di mezzi di locomozione, dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa, **comunque verificatisi entro un'ora dall'inizio o dal termine dell'orario di lavoro.**

H) ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFIRMITÀ PREGRESSE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni e i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. **Viene tuttavia confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolate dalle Condizioni Contrattuali.**

Inoltre, **qualora l'infortunato risulti "persona assicurabile con patto speciale"** (art. 4.3) la garanzia è ugualmente operante, ma **l'indennizzo liquidabile a termini di polizza è ridotto alla metà.**

I) ESONERO APPLICAZIONE FRANCHIGIA SUL CAPITALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 3.2 lettera A), **sul 30% del capitale assicurato per invalidità permanente totale, non verrà applicata alcuna franchigia.** Sul rimanente capitale si confermano le franchigie previste dal suddetto articolo.

Tale esonero di franchigia sul capitale di invalidità permanente non sarà in ogni caso operante per i sinistri occorsi durante lo svolgimento delle attività sportive elencate ai punti a) e b) di cui all'art. 2.1.



ASSICURATI

Sono assicurati i tesserati iscritti alle società sportive affiliate al C.S.A. IN. PADOVA COMITATO PROVINCIALE, come da elenco nominativi che la contraente stessa si impegna a far pervenire alla società prima dell'inizio di ciascuna annualità assicurativa.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata, nei limiti delle somme assicurate per i casi di morte, invalidità permanente e rimborso spese di cura cagionati da infortuni subiti dagli assicurati durante la partecipazione ai campionati di calcio organizzati dal C.S.A. IN. PADOVA COMITATO PROVINCIALE, copre gli allenamenti organizzati dalle società sportive affiliate al C.S.A. IN. PADOVA COMITATO PROVINCIALE, purché sotto la sorveglianza di almeno un istruttore dell'Associazione Sportiva o di persona dalla stessa incaricata.

CAPITALI ASSICURATI:

BASE:

MORTE	€ 36.500,00
INVALIDITÀ PERMANENTE FINO A	€ 36.500,00
RIMBORSO SPESE DI CURA FINO A	€ 2.600,00

CONTEGGIO DEL PREMIO

Il contraente versa in via anticipata e sulla base degli assicurati previsti (n. _____) nel corso dell'annualità _____

PREMIO MINIMO

L'Assicurato prende atto che il premio minimo dovuto alla Società per ciascun periodo assicurativo annuo in nessun caso potrà essere inferiore a _____

ASSICURATI NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ'

Per i tesserati iscritti alle Società affiliate che entrano in assicurazione nel corso dell'annualità assicurativa vale la seguente normativa:

- la garanzia assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di tesseramento da parte della Associazione C.S.A. IN. PADOVA COMITATO PROVINCIALE, data che dovrà essere verificata dalla Compagnia dai tabulati "Tesseramento Soci";
- la garanzia per detti assicurati cesserà alla scadenza annuale della surriferita polizza fissata al 22/03 e 22/09 di ogni anno;

ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società l'esistenza di altre polizze che gli assicurati avessero stipulato successivamente per gli stessi rischi presso altre Compagnie.

RIMBORSO SPESE DI CURA A SEGUITO D'INFORTUNIO

Premesso che s'intende:

"assistenza infermieristica": assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma;

GRUPPO REALE MUTUA



- “intervento chirurgico”: provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumenti cruento;
- “istituto di cura”: istituto universitario, ospedale, clinica casa di cura (pubblica o privata) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (non sono comunque considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prettamente finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungo degenza o per soggiorno, le strutture per anziani);
- “ricovero”: degenza comportante pernottamento in istituto di cura;
- “scoperto”: parte del danno indennizzabile (esprese in percentuale) che rimane a carico dell'assicurato.

LA SOCIETÀ RIMBORSO

Fino alla concorrenza del massimale assicurato, per la cura delle lesioni curate dall'infortunio indennizzabile secondo la polizza, le spese effettivamente sostenute:

a) in caso di ricovero:

- Per accertamenti diagnostici e onorari medici prima del ricovero stesso;
- Per degenza in istituto di cura a titolo d'assistenza medica, infermieristica, rette di degenza, medicinali e terapie varie, esami, onorari dell'equipe che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi).

b) dopo il ricovero:

- Per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio d'apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali in Italia (scuse spese di natura alberghiera); i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono riconosciuti anche senza ricovero ma a seguito di fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulolegamentose articolari clinicamente accertati in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico.

c) per trasporto dell'assicurato all'istituto di cura o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, nonché in ambulanza – se necessaria – per il rientro al domicilio: tutto entro il limite del 20% del massimale assicurato a titolo di rimborso spese di cura.

d) per intervento riparatore del danno estetico fino alla concorrenza di € 1.500,00. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di pronto soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

Le spese di cui al punto b) sono rimborsate fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato con il presente articolo con uno scoperto del 20% con un minimo di € 150,00 per ogni infortunio.

Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'art. 24. Il rimborso viene effettuato dalla società ad avvenuta guarigione, su presentazione in originale da parte dell'assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute di farmacia o ambulatorio, conto dell'istituto di cura) fiscalmente regolari e quietanzate.

FRANCHIGIE

Sulla garanzia “invalidità permanente”:

a parziale deroga alle condizioni generali d'assicurazione si stabilisce che non si fa luogo a risarcimento per invalidità permanente parziale quando questa sia di grado non superiore al 10% del totale.

Se l'invalidità permanente parziaria supera il 10% del totale è corrisposto il risarcimento solo per la parte eccedente.

Il punto B) lesioni speciali dell'art. 3.2 invalidità permanente non è operante.



