

Fascicolo Informativo

Modello: FASMAX 5 ed. 06/2014

Copertina

Tua Assicurazioni S.p.A.



Gruppo Cattolica Assicurazioni

Contratto di assicurazione sulla Salute

Il presente Fascicolo Informativo, contenente

- a. Nota informativa, comprensiva del glossario**
- b. Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto

Avvertenza:

prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa.



TUA ASSICURAZIONI S.P.A.

sede legale: largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano (Italia) – Tel: (+39) 02/2773399 - Fax: (+39) 02/2773355

COD. FISC./P.I. E N. DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE DI MILANO 02816710236 - R.E.A. MILANO N. 1716504 - CAP. SOC. EURO 23.160.630 int. ver. - www.tuaassicurazioni.it - info@tuaassicurazioni.it - tuassicurazioni@pec.it

IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI CON PROVVEDIMENTO IVASS N. 1041 DEL 20 NOVEMBRE 1998 G.U. N. 277 DEL 26 NOVEMBRE 1998 - NUMERO ISCRIZIONE ALBO IMPRESE IVASS 1.00132 DEL 3/1/2008 - SOCIETÀ DEL GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI, ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI AL NUMERO 019 E SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO DA PARTE DELLA SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - VERONA

Premessa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Reg. n. 35/2010), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

Le consigliamo infine di conservare la presente informativa unitamente alla documentazione di polizza.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet www.tuaassicurazioni.it

A – Informazioni sull'impresa di assicurazione

1 Informazioni generali

TUA Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Cattolica Assicurazioni - ha sede legale e sociale in Italia, Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano (MI) - Telefono: 02/2773399 - Fax: 02/2773355 – Sito internet www.tuaassicurazioni.it – e-mail: servizioclienti@tuaassicurazioni.it – PEC: tuaassicurazioni@pec.it

TUA Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 1041 del 20/11/1998 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 277 del 26/11/1998. È iscritta all'albo imprese IVASS n. 1.00132 del 03.01.2008.

Registro delle Imprese Milano n. 2816710236.

2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 56,5 milioni di euro (capitale sociale: 23,2 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 19,6 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 2,09 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente

B – Informazioni sul contratto

Il contratto, salvo diversa indicazione sul simple di polizza, è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA: In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Se è pattuita la non rinnovabilità il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'Art. 9 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Qualora in polizza sia indicata una durata superiore all'anno, le parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale. Si rinvia all'Art. 6 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3 COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle condizioni generali di assicurazione, sono quelle riportate sul simple di polizza, scelte tra le seguenti:

SEZIONE TUTELA IN CASO DI INFORTUNI

Le garanzie della presente sezione possono essere fornite nella forma 24 ore, come evidenziato sul simple di polizza; si rimanda all'articolo A.6 per gli aspetti di dettaglio.

- **Morte:** TUA, in caso di morte da infortunio dell'assicurato, corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o eredi. Nel caso in cui per il medesimo infortunio siano deceduti sia l'assicurato che il coniuge, o se la morte è causata da rapina, estorsione, sequestro, sono previsti aumenti del capitale assicurato. Si rimanda agli articoli A.1, A.2 e da A.27 ad A.29 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, A.1, A.2 e da A.27 ad A.29, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli A.1, A.2, da A.27 ad A.29 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Indennizzo: 100.000 euro; se deceduto anche il coniuge non assicurato (genitore di figlio minore): 100.000 euro + 100.000

euro (100% di 100.000 euro) = 200.000 euro

- **Invalidità permanente:** Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo secondo i criteri indicati nell'articolo A.3, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza. È possibile aumentare o diminuire la valutazione del grado di invalidità accertata. Si rimanda agli articoli da A.7 ad A.9 e da A.3 ad A.5 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 12, da A.7 ad A.9, da A.3 ad A.5, A.12 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti franchigie e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.7 ad A.9, da A.3 ad A.5, A.18 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento della franchigia:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Danno (IP accertata): 15%

Franchigia: 24%

Indennizzo: 0 euro (in quanto la IP accertata è inferiore alla franchigia del 24%)

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Danno (IP accertata): 25%

Indennizzo: 30.000 euro (con IP accertata 25% viene liquidato il 30% di 100.000 euro, secondo la tabella MAXXI)

SEZIONE TUTELA DELLA SALUTE

- **Invalidità permanente da malattia (limitata a sole malattie gravi o con grado pari o superiore al 66%):** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'assicurato che abbia per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta nel corso del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione. La garanzia opera limitatamente alle sole "malattie gravi" indicate in apposita tabella, con una franchigia del 24%, oppure per invalidità permanenti da malattia pari o superiori al 66%; per tale ultimo caso (invalidità almeno pari al 66%) si liquida il 100% della somma assicurata. Sul contratto è riportata una tabella che riporta le percentuali di indennizzo corrispondenti alle percentuali di invalidità accertata. Si rimanda agli articoli da B.1 a B.5 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 12 13, da B.1 a B.5, B.6 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti franchigia e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da B.1 a B.5, B.6 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento della franchigia:

grado di IP accertato: 23%

franchigia: 24%

% da liquidare sulla somma assicurata: 0%

Esempio di funzionamento del massimale:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

SEZIONE ASSISTENZA

- **Assistenza (Salute con ADI):** TUA mette a disposizione dell'assicurato, nei limiti e con le prestazioni previste nelle condizioni generali di assicurazione, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio. Le prestazioni vengono erogate per il tramite di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI).

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo o erogazione della prestazione, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dall'articolo 12 e dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti alcuni massimali alla copertura assicurativa offerta così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 2.000 euro

Danno: 3.000 euro

Indennizzo: 2.000 euro

Per tutte le sezioni di polizza vale inoltre la seguente:

AVVERTENZA: Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza, salvo che per la garanzia Invalidità permanente da Malattia per la quale tale limite è ridotto a 55 anni, così come previsto nelle condizioni generali di assicurazione dall'articolo 12 al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: Gli assicurati devono avere il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano; si rimanda agli articoli A.10, B.8 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La seguente avvertenza opera esclusivamente per la sezione Tutela della Salute.

AVVERTENZA: sono previste delle carenze che disciplinano il giorno di effetto dell'assicurazione, così come previsto nelle condizioni generali di assicurazione dall'articolo B.6 al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

5 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO - NULLITÀ

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento del sinistro, così come previsto dall'articolo 1 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: qualora sia prevista la compilazione del Questionario Sanitario per la valutazione del rischio, è necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste nel questionario medesimo.

6 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi aggravamento o diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione, così come previsto dagli articoli 3, 4, A.14 e dalla Tabella I delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio modificazione del rischio: qualora l'assicurato abbia dichiarato in fase di stipula della polizza di svolgere l'attività di "Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)" (classe di rischio 1) e nell'arco di durata della polizza dovesse modificare la propria attività, ad es. "Impiegato con mansioni anche all'esterno" (classe di rischio 2), avrebbe l'obbligo di dichiararlo alla compagnia in quanto si tratta di modificazione del rischio (in questo caso con aggravamento dello stesso).

7 PREMI

Il pagamento del premio, che il cliente è tenuto a versare alle scadenze convenute (annuali, semestrali) ed indicate in contratto, può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'agente in qualità di agente di TUA,
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA,
- contante,

tali mezzi di pagamento possono essere utilizzati sempre nei limiti (anche di somme) previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Si rimanda all'articolo 7 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso sia concesso il frazionamento semestrale, verrà applicato un onere aggiuntivo pari al 3%.

AVVERTENZA: per tutte le sezioni di polizza non è possibile applicare sconti.

8 ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

La presente soluzione assicurativa non prevede alcuna indicizzazione di somme assicurate, di massimali, di franchigie o di altri limiti di garanzia o di premi. Non sono nemmeno previsti aggiornamenti automatici del premio alla scadenza.

9 DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA: Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte, come meglio disciplinato dall'articolo 11 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

10 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Così come previsto dall'articolo 2952 del Codice Civile:

- il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze;
- i diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- nell'assicurazione della responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

11 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12 REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente. Il premio relativo alle garanzie è soggetto all'imposta nella misura del:

Aliquota	Garanzia/Sezione
2,50%	Tutela in caso di Infortuni Tutela della salute

10,00% Assistenza

C – Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13 SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA: per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute", "Tutela in caso di infortuni" il momento di insorgenza del sinistro si ha al verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

La denuncia del sinistro deve essere inviata (con le modalità ed informazioni indicate nelle condizioni generali di assicurazione) all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui l'assicurato ne abbia avuto conoscenza e possibilità, come meglio disciplinato dagli articoli A.12, B.9 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: La gestione dei sinistri relativa alla sezione Assistenza è affidata a Mapfre Asistencia S.A. con le modalità meglio disciplinate dagli articoli C.1 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute" e "Tutela in caso di infortuni", potrà essere prevista la visita medica per la definizione del sinistro come meglio disciplinato dagli articoli A.15 e B.11; inoltre le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato, come meglio disciplinato dagli articoli A.12 B.9.

Per la garanzia Invalidità permanente della sezione "Tutela della Salute", il periodo di accertamento della percentuale di invalidità è compreso tra 6 e 12 mesi dalla data di certificazione dell'avvenuta guarigione clinica (escluso il caso di neoplasie per il quale la valutazione dei postumi viene effettuata trascorsi almeno 18 mesi dalla denuncia, e comunque trascorso almeno 1 anno dalla prima diagnosi, indipendentemente dalla guarigione clinica), così come meglio disciplinato dall'articolo B.3 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: si rimanda anche agli articoli A.13, A.14, A.16, A.17, B.10, B.11, B.12 per gli altri aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione e pagamento dell'indennizzo.

14 RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a TUA al seguente indirizzo:

Tua Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami
c/o Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia)

Fax: 02/2773470

E-mail: reclami@tuaassicurazioni.it

Nel reclamo dovranno essere indicati i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Telefono 06/421331 - fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da TUA e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'art. 16 del citato decreto.

15 ARBITRATO

Per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute" e "Tutela in caso di infortuni", è previsto che TUA ed il contraente possano devolvere la risoluzione di una controversia tra di essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio di periti; in tal caso il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'assicurato (vedasi articoli A.15 e B.11 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio).

AVVERTENZA: Resta in ogni caso fermo il diritto di TUA e del Contraente di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

17 MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili



anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Glossario

Ai seguenti termini TUA ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività professionale:	attività svolta dall'assicurato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.
Beneficiario:	la persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale TUA deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi legittimi o testamentari.
Centro diagnostico:	ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali.
Circolazione:	il movimento del veicolo, ivi compresa la sosta e la fermata dello stesso.
Codice delle Assicurazioni:	il Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005 recante "Riassetto normativo delle disposizioni in materia di assicurazioni private - Codice delle Assicurazioni private" e successivi atti attuativi e modificativi.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Convalescenza:	periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'assicurato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.
Day hospital:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Difetto fisico o malformazione:	alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Grande Cura:	l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nella tabella 3 - Grandi Cure.
Immobilizzazione:	ogni mezzo di contenzione, rigido e non rimovibile, comunque immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.
Indennizzo:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.
Intervento chirurgico:	l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.
Invalità Permanente:	la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia improvvisa:	malattia di acuta manifestazione che non sia manifestazione, seppure improvvisa, di malattia insorta nota all'assicurato salvo che, benché nota, non abbia necessitato, nei 12 mesi antecedenti la manifestazione improvvisa, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri, trattamenti terapeutici o sanitari in genere.
Manifestazione:	epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.
Massimale/ Somma assicurata:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
Periodo di assicurazione:	nel caso in cui l'assicurazione preveda una durata annuale o pluriennale, questo s'intende stabilito come il periodo compreso tra la prima data di decorrenza dell'assicurazione e la prima scadenza annua e, per gli anni seguenti, come il periodo compreso tra le successive date di decorrenza e le date di scadenza annue di Polizza; nel caso in cui l'assicurazione sia stipulata per una durata inferiore all'anno, detto periodo coincide con quest'ultima durata.
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa dovuto dal contraente a TUA.
Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Risarcimento:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro per provvedere a tacitare il terzo danneggiato.

Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Rischio in itinere:	infortunio verificatosi percorrendo il tragitto più agevole, in termini di tempo e spazio, per recarsi dal proprio domicilio, o residenza, al luogo di lavoro e viceversa, nel tempo strettamente necessario per percorrerlo.
Scoperto:	la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Sforzo:	atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
TUA:	l'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. – sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).

Ad integrazione e parziale modifica delle "Definizioni" sopra riportate valide per tutte le sezioni, per la sezione Assistenza alla persona ("Salute con ADI") sono previste anche le seguenti:

Assicurato:	gli assicurati (persone fisiche il cui interesse è protetto dall'assicurazione) con le prestazioni "Assistenza alla persona" nella forma "Salute con ADI".
Decorrenza e durata:	dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Estensione Territoriale:	l'assicurazione vale per tutto il Mondo.
Prestazioni:	sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'assicurato.
Sinistro:	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità del Servizio e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.
Struttura Organizzativa:	è la struttura di Mapfre Asistencia S.A. - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI), costituita da medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con TUA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di TUA stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

TUA ASSICURAZIONI S.P.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA.

Data di aggiornamento: 01/06/2014.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

DOTT. MARCO CARDINALETTI



Premessa

Data di aggiornamento: 01/06/2014

Le seguenti condizioni (facenti parte del fascicolo informativo di cui al modello FASMAX 5 ed. 06/2014) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello MAXXI 1 ed. 06/2014.

In relazione al tipo di copertura assicurativa scelta dal contraente, e riportata in polizza, l'assicurazione è prestata esclusivamente per le somme assicurate, le garanzie e le sezioni meglio indicate nello schema seguente, salvi i limiti di indennizzo o risarcimento, gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti sulla polizza stessa o nelle seguenti condizioni.

Sezioni	Garanzie	XL	XXL - Light	XXL
Assistenza	Prestazioni di emergenza + ADI	Opzionale	Compresa	Opzionale
Tutela in caso di infortuni	Morte	50.000	100.000	100.000
	Invalità permanente	100.000	200.000	200.000
Tutela della salute	Invalità permanente da malattia	50.000	Non operante	100.000

Rimando al glossario

TUA Assicurazioni s.p.a. ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente ai termini indicati nel Glossario il significato in esso indicato

Norme valide per tutte le sezioni di polizza

<p>Art. 1 Dichiarazioni e comunicazioni del contraente</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'assicurato o del contraente, rese al momento della stipulazione del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ.</p>
<p>Art. 2 Altre assicurazioni</p>	<p>L'assicurato o il contraente deve comunicare per iscritto a TUA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.</p> <p>L'assicurato o il contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali.</p> <p>In caso di sinistro, l'assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.</p>
<p>Art. 3 Aggravamento del rischio</p>	<p>L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.</p> <p>Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da TUA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.</p>
<p>Art. 4 Diminuzione del rischio</p>	<p>L'assicurato o il contraente è tenuto a comunicare a TUA qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del rischio TUA, ai sensi dell'art. 1897 cod. civ., è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.</p>
<p>Art. 5 Assicurazione per conto altrui</p>	<p>Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.</p>
<p>Art. 6 Durata e Periodo di assicurazione</p>	<p>Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.</p> <p>Nel caso in cui la polizza sia di durata poliennale, le parti avranno comunque facoltà di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno</p>

Art. 7

Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**trenta giorni prima della scadenza annuale.**

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

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.

Il premio o la prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'agenzia che devono indicare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito presso l'agenzia cui è assegnato il contratto, la quale è autorizzata a rilasciare la quietanza, secondo le vigenti disposizioni normative.

Il pagamento del premio pattuito può essere eseguito dal contraente con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'Agente in qualità di agente di TUA. Per assegni bancari e postali di importi pari o superiori a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento) dovranno necessariamente riportare il nome o la ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità, pena la comunicazione della violazione alle autorità competenti.
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA.
- pagamento in contante per premi annui il cui importo sia pari o inferiore a 500 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento); è vietato il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a tale importo.

Avvertenze: è fatto comunque divieto, in presenza di pagamento di uno o più premi riferiti al medesimo o a diversi contratti, il trasferimento di denaro contante o titoli al portatore quando il valore dell'operazione, anche frazionata, è complessivamente pari o superiore a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento).

Art. 8

Comunicazioni e modifiche al contratto

Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9

Proroga, disdetta e variazione del premio alla scadenza del contratto

In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Qualora, alla scadenza del contratto TUA intenda apportare variazioni alle condizioni contrattuali, tariffarie o normative, rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al contraente almeno 90 giorni prima della scadenza. Se il contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettare, il contratto si intende risolto alla scadenza.

In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni tariffarie proposte, mentre sarà richiesta la sottoscrizione per accettazione delle variate condizioni normative.

Qualora in polizza sia richiamata la dicitura "tacito rinnovo NO", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 10

Indicizzazione

La presente soluzione assicurativa non prevede alcuna indicizzazione di somme assicurate, di massimali, di franchigie o di altri limiti di garanzia o di premi.

Art. 11

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente, qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 1469 bis cod. civ., o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata A.R.. In tal caso il recesso ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In tal caso TUA rimborsa al contraente, entro 30 giorni dalla data del recesso, la parte di premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto.

Relativamente alla sezione "Tutela della salute", a norma del Codice delle Assicurazioni, tale facoltà di recesso è operante nei primi due anni di effetto della polizza; a decorrere dal terzo anno le parti rinunciano alla facoltà prevista dal primo comma. Per la sezione "Assistenza alla persona" il recesso è previsto esclusivamente nel caso in cui, a seguito di recesso dalle restanti sezioni, questa sia la sola sezione di polizza a rimanere operante.

L'eventuale incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia alla facoltà di recesso.

Art. 12

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope, ad eccezione dei farmaci psicotropi assunti a scopo terapeutico), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson, da Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.

L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non goduto.



Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza, salvo che per la garanzia Invalidità permanente da Malattia per la quale tale limite è ridotto a 55 anni.

Art. 13

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.

Foro Competente

Art. 14

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

Oneri fiscali

Art. 15

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari.

Rinvio alle norme

Art. 16

Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tutela in caso di infortuni

Morte

Art. A.1
Morte per infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'assicurato, TUA corrisponde **la somma assicurata indicata in polizza** ai beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'assicurato muore entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Se la salma dell'assicurato non viene ritrovata, TUA liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 cod. civ. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, TUA ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.** A restituzione avvenuta, l'assicurato avrà così diritto all'indennizzo, spettante ai sensi di polizza, per altri casi eventualmente assicurati.

Art. A.2
Grave lutto

Commorienza dei genitori - Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'assicurato e quello del coniuge non legalmente separato, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100%, **a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con invalidità non inferiore al 66%).**

Atti dolosi alla persona o al patrimonio - A seguito di morte causata da rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 25%.

Il massimo esborso a carico di TUA, per gli indennizzi supplementari previsti dal presente articolo, non potrà superare, anche in caso di più polizze infortuni stipulate con TUA, l'importo per evento e, complessivamente per la presente partita per ogni assicurato, indicati quale limite di indennizzo all'Art. A.18.

Le prestazioni previste dal presente articolo non sono cumulabili.

Invalidità permanente

Art. A.3
Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo, **sulla base della somma assicurata indicata in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, TUA corrisponde la somma assicurata;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
paralisi completa del nervo radiale	35%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
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%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- una falange dell'alluce	2,5%
emia addominale da sforzo ed ernie traumatiche solo nel caso in cui non siano operabili	max 10%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragalica	15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
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:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- dodicesima dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- b1) nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;
- b2) nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla

perdita totale dell'arto stesso;

- b3) nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella tabella di cui sopra o alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore totale del 100%.

Art. A.4
Invalidità
permanente
maggiorata

Si conviene che per la garanzia Invalidità permanente, l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella corrispondente Tabella MAXXI – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 24%, così come anche richiamata in polizza (con l'indicazione "maggiorata" nella casella "forma di indennizzo").

Art. A.5
Decesso anteriore
all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, **fermo quanto previsto dall'Art. A.13**, se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato o determinabile sulla base delle risultanze mediche, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.

Norme comuni alla sezione

Art. A.6
Ambito di validità
della garanzia

In relazione a quanto riportato in polizza nella casella "Validità della garanzia", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca:

24 ORE

sia nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza che nel tempo libero, come meglio definito di seguito.

PROFESSIONALE

nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza, compreso il rischio in itinere.

TEMPO LIBERO

nell'esercizio di ogni attività che non abbia carattere professionale, occorsi in conseguenza:

- dei comuni avvenimenti della vita privata o sociale;
- di attività hobbistiche, sportive, domestiche o di volontariato;
- di locomozione, uso e guida di mezzi di trasporto, e di rischio in itinere.

Art. A.7
Le estensioni

La garanzia opera per infortuni subiti in occasione degli eventi assicurati anche se derivanti da:

- a) colpa grave dello stesso;
- b) aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva;
- c) atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) stato di guerra, dichiarata e non, **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato sino ad allora in pace;
- e) inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, sempre che l'assicurato sia rimasto vittima degli eventi all'estero. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente" qualora sottoscritte, **con limite di indennizzo indicato all'Art. A.18. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'Art. A.18.**

Inoltre l'assicurazione comprende:

- f) l'asfissia non dipendente da malattia;
- g) l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- h) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- i) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- j) le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- k) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea, se prevista in polizza. **La garanzia relativamente alle ernie addominali da sforzo opera con una carenza di 180 giorni dalla data di effetto.** Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora, per le sole somme e le sole prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente, per data di effetto si intende il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita;

- l) le ernie traumatiche non operabili (in ogni caso comunque escluse quelle discali), limitatamente al solo caso di invalidità permanente;
- m) le infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione da infortunio, contemporaneamente al prodursi della stessa. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente" qualora sottoscritte, **con limite di indennizzo indicato all'Art. A.18. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'Art. A.18.**

Art. A.8

Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) **gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;**
- 2) **gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;**
- 3) **gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;**
- 4) **gli infortuni subiti in volo su mezzi di locomozione aerei, salvo quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei su regolari voli di linea;**
- 5) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;**
- 6) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è comunque compreso l'infortunio:**
 - **occorso all'estero in assenza di abilitazione locale alla guida, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore in Italia;**
 - **subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;**
- 7) **gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari, salvo che per coloro che svolgono esclusivamente compiti amministrativi e d'ufficio in Italia;**
- 8) **gli infortuni subiti sul lavoro: in cave (anche a cielo aperto), miniere o in lavori subacquei o in mare aperto;**
- 9) **gli infortuni durante la guida o l'uso (salvo che in qualità di passeggero) di aerei e di mezzi subacquei;**
- 10) **gli infortuni subiti per le professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplodenti;**
- 11) **gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;**
- 12) **le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;**
- 13) **le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione, salvo quanto previsto dall'Art. A.7 lettera d);**
- 14) **le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche.**
- 15) **gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.**

Art. A.9

Pratica di sport

La garanzia opera per infortuni, subiti in occasione degli eventi assicurati, durante la pratica di:

- a) **alpinismo fino al 3° grado della scala di Monaco (non in solitaria), hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano immersioni subacquee con autorespiratore (purché l'assicurato sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea o sotto la guida dell'istruttore subacqueo per l'ottenimento del brevetto), speleologia (purché effettuata in gruppo e con idonea attrezzatura), esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente", se previste. Le altre garanzie di polizza non sono rese operative per tali sport.**

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di:

- 1) **sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto o indiretto;**
- 2) **sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio);**
- 3) **sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;**
- 4) **alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio,**

Art. A.10
Estensione
territoriale

arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite-surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Art. A.11
Rinuncia all'azione
di surroga

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 cod. civ.

Denuncia e gestione del sinistro

Art. A.12
Cosa fare in caso
di sinistro

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Per la garanzia "Invalidità permanente" alla denuncia **deve far seguito la seguente documentazione:**

- **certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'infortunio;**
- **certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;**
- **copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.**

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

Art. A.13
Criteri di
indennizzabilità

TUA indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se, al momento dell'infortunio, l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. A.14
Attività diversa da
quella dichiarata

Fermo quanto disciplinato dagli Artt. 1, 3 e 4, si stabilisce che qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata, con copertura rischi 24 ore o professionale:

- **l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;**
- **l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella seguente tabella se la diversa attività aggrava il rischio:**

		Attività dichiarata in polizza				
		Classi attività	1	2	3	4
Attività svolta al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%	
	2	70%	100%	100%	100%	
	3	53%	75%	100%	100%	
	4	42%	59%	78%	100%	

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla Tabella I - "Classificazione delle attività".

Art. A.15
Valutazione del
danno ed
operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del

Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. A.16

Anticipo degli
indennizzi

Qualora, sulla base della documentazione acquisita per la garanzia "Invalidità permanente", la percentuale di invalidità permanente da infortunio stimata da TUA sia pari o superiore al 25%, verrà riconosciuto, **su richiesta scritta dell'assicurato**, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo stabilito da TUA.

Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto all'indennità prevista dalla suddetta garanzia.

Qualora a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente accertata in via definitiva, dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "Anticipo degli indennizzi" previsto dal presente articolo, TUA avrà il diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

Art. A.17

Modalità di
pagamento
dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Il pagamento da parte di TUA all'assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Limiti di indennizzo, franchigie e scoperti

Art. A.18

Limiti di indennizzo,
franchigie e
scoperti

Di seguito vengono riportati i limiti di indennizzo, scoperti e franchigie per le garanzie sopra descritte, qualora non direttamente riportate sul simlo di polizza o nelle condizioni sopra descritte.

Riferimento Articolo	Garanzia	Limite, Franchigia, Scoperto
A.2	Grave lutto	Limite di indennizzo: 200.000 euro per evento, 600.000 euro complessivamente per l'intera partita (artt. A.1 e A.2) per ogni assicurato
A.7 – lettera e	Morte ed IP a seguito di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 24% assoluta per la Invalidità Permanente
A.7 – lettera m	Morte ed IP a seguito di infezioni (escluso HIV)	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 24% assoluta per la Invalidità Permanente

Tabella MAXXI - Invalidità permanente da infortunio maggiorata franchigia 24%

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

Tutela della salute

Invalità permanente da malattia

Art. B.1 Oggetto della garanzia	TUA corrisponde un indennizzo, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza , in caso di malattia dell'assicurato che abbia per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta nel corso del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione dell'assicurazione .
Art. B.2 Limitazione a malattie gravi	La garanzia opera (essendo riportato SI nella casella "solo malattie gravi"), per il singolo assicurato, esclusivamente per le invalidità permanenti derivanti da uno dei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none">- derivanti da malattie comprese nella tabella 4 - "Malattie gravi"- di grado pari o superiore al 66%.
Art. B.3 Criteri di indennizzabilità	<p>TUA corrisponde l'indennizzo a guarigione clinica avvenuta per le sole conseguenze dirette causate dalla sola malattia denunciata.</p> <p>Se la malattia colpisce l'assicurato non fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Pertanto, le invalidità permanenti già accertate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con la malattia manifestatasi e denunciata, mentre l'invalidità per malattia insorta successivamente verrà valutata in modo autonomo.</p> <p>La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra 6 e 12 mesi dalla data in cui viene certificata l'avvenuta guarigione clinica.</p> <p>Qualora, invece, siano trascorsi 12 mesi dalla denuncia della malattia senza che sia stato possibile, a giudizio del medico curante, attestare la stabilizzazione degli esiti della malattia (e senza poter certificare l'avvenuta guarigione), potrà essere valutato il grado di invalidità permanente residuo sempre che l'assicurato ne faccia esplicita richiesta corredata da specifica documentazione medica attestante tale grado di invalidità residuo al momento della richiesta.</p> <p>In ogni caso la valutazione del grado di invalidità permanente dovrà essere fatta entro 24 mesi dalla data della denuncia della malattia.</p> <p>In caso di malattia neoplastica la valutazione dei postumi viene effettuata trascorsi almeno 18 mesi dalla denuncia, e comunque trascorso almeno 1 anno dalla prima diagnosi, indipendentemente dalla guarigione clinica.</p> <p>Se a giudizio medico un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della malattia e l'assicurato non vuole sottoporvisi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'assicurato si fosse sottoposto al trattamento.</p>
Art. B.4 Modalità di accertamento dell'invalidità permanente da malattia e calcolo dell'indennizzo	<p>La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124, con esclusione delle modifiche intervenute successivamente all'approvazione della tabella stessa (ed in particolare delle tabelle di cui al D.P.R. 23 febbraio 2000 n. 38).</p> <p>Nei casi di invalidità permanente non previsti da detta tabella, la valutazione verrà effettuata tenendo conto, con riguardo ai criteri in essa previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.</p> <p>L'indennizzo viene calcolato in base ad una percentuale della somma assicurata ottenuta applicando all'invalidità permanente accertata le corrispondenti percentuali riportate nell'allegata tabella G - "Invalidità permanente da malattia".</p>
Art. B.5 Decesso anteriore all'indennizzo	<p>Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.</p> <p>Tuttavia, fermo quanto previsto all'Art. B.3, se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato o determinabile sulla base delle risultanze mediche, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.</p>

Norme comuni alla sezione

Art. B.6 Periodo di attesa	<p>Fermo quanto previsto dall'Art. 7, disciplinante il giorno di effetto dell'assicurazione, le garanzie decorrono:</p> <ol style="list-style-type: none">per l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione;per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, elevato a 60 per il caso di invalidità permanente;per le malattie manifestatesi, diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarate dall'assicurato e non espressamente escluse da TUA, dal 180°
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- d) per le malattie insorte, secondo giudizio medico, prima della sottoscrizione del contratto, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- e) per il parto dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, tale termine è ridotto al 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati per data di effetto si intende:

- il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le somme e le prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente;
- il giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle diverse somme o diverse prestazioni da questa previste.

Quanto valido per il caso di emissione in sostituzione, analogamente vale per le variazioni e/o sostituzioni che dovessero intervenire nel corso di validità della presente polizza.

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive alla prima entro 90 giorni dalle loro rispettive scadenze, fermo quanto previsto dall'Art. 7, i termini di aspettativa sopra previsti decorrono nuovamente dal giorno di effettivo pagamento.

Art. B.7

Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le conseguenze e/o recidive, di: infortuni, malattie, stati patologici, difetti fisici o malformazioni, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati o comunque noti all'assicurato prima della stipula del contratto, sottaciuti con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto. Tuttavia se tali circostanze sono state dichiarate nel questionario sanitario, l'assicurazione non sarà operante solo per le patologie per le quali TUA dichiara espressamente di escluderle (con apposita indicazione in polizza, salvo che non sia già espressamente esclusa nel presente Fascicolo Informativo).
Con riferimento alla garanzia invalidità permanente sono comunque escluse le conseguenze relative a malattie, difetti fisici o malformazioni, stati patologici insorti prima della sottoscrizione della polizza. Tuttavia, qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, la garanzia è estesa alla invalidità derivante da malattia insorta nel corso di validità della polizza sostituita e manifestatasi nel corso della presente polizza. In tal caso, l'indennità sarà valutata, sulla base delle disposizioni contenute nella presente polizza e sul minore dei capitali assicurati con le due polizze;
 - 2) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, e simili;
 - 3) gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;
 - 4) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, nonché di mezzi ausiliari a sostegno di handicap;
 - 5) le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del contratto;
 - 6) le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
 - 7) le prestazioni sanitarie e le cure dietetiche e termali;
 - 8) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza;
 - 9) l'aborto volontario non terapeutico;
 - 10) day hospital e ricoveri con finalità diagnostica;
 - 11) la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
 - 12) le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche, qualora non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
 - 13) le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;
 - 14) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
 - 15) le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione.
- La garanzia vale invece per gli infortuni e malattie derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo

scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato sino ad allora in pace;

- 16) inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, salvo che l'assicurato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;**
- 17) le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche;**
- 18) sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla;**
- 19) gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.**

Art. B.8

Estensione
territoriale ed
operatività
all'estero

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Denuncia e gestione del sinistro

Art. B.9

Cosa fare in caso di
sinistro – Garanzia

"Invalidità
Permanente da
Malattia"

Per la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

La denuncia della malattia deve avvenire entro 7 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto, sempre che la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Alla denuncia deve far seguito la seguente documentazione:

- certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia (escluse le malattie neoplastiche);
- copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Fermo quanto indicato all'Art. B.3, nel caso:

- di guarigione clinica l'assicurato dovrà conseguentemente presentare un ulteriore certificato medico attestante tale guarigione (sempre che non l'abbia già allegato alla denuncia);
- non sia stato possibile, trascorsi 12 mesi dalla denuncia della malattia (o 18 mesi in caso di malattia neoplastica), attestare la stabilizzazione degli esiti della malattia, l'assicurato potrà presentare apposita richiesta di riconoscimento del grado di invalidità residuo allegando apposita documentazione medica.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

Art. B.10

Obbligo di
restituzione delle
spese sanitarie o
indennizzi liquidati
da TUA e non dovuti

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, TUA (anche per il tramite della Struttura Organizzativa) invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate (con le relative modalità per la restituzione).

L'assicurato, o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire a TUA, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate da TUA, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al 1° comma.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, TUA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

**Art. B.11**

Valutazione del danno ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. B.12

Modalità di pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Il pagamento da parte di TUA all'assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Tabella 4 - Malattie gravi

Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

Infarto miocardico

Evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei 4 seguenti criteri:

- storia del dolore cardiaco tipico;
- comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
- modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- comparsa di alterazioni della cinetica parietale all'ecocardiogramma.

Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.

Chirurgia cardiovascolare

Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico. Interventi di sostituzione valvolare con protesi meccanica o biologica. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio: l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.

Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

Trapianto d'organo

Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.

Tabella G - Invalidità permanente da malattia

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
fino a 24	nessun indennizzo	34	21	45	43	56	68
25	5	35	23	46	45	57	71
26	6	36	25	47	47	58	74
27	7	37	27	48	49	59	77
28	9	38	29	49	51	60	80
29	11	39	31	50	53	61	83
30	13	40	33	51	55	62	86
31	15	41	35	52	57	63	89
32	17	42	37	53	59	64	92
33	19	43	39	54	62	65	95
		44	41	55	65	da 66 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona - Salute con ADI

Norme comuni alle prestazioni di assistenza

Art. C.1
Istruzioni per la
richiesta di
assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde in funzione 24 ore su 24:

800.280.280

oppure al numero: +39.015.255.95.37

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero.

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) *il tipo di assistenza di cui necessita;*
- 2) *nome e cognome;*
- 3) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- 4) *il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.*

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente e ne dovrà garantire e autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

La Struttura Organizzativa, prima di procedere con l'erogazione delle prestazioni a favore degli assicurati, si accerterà che l'interlocutore sia effettivamente il beneficiario della prestazione.

Le prestazioni della presente sezione operano se sul simplo di polizza è riportato Tipo assistenza: SALUTE - ADI: SI.

Art. C.2
Esclusioni ed effetti
giuridici relativi a
tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono le seguenti condizioni:

- 1) *Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato per più di tre volte per anno di validità della polizza.*
- 2) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'assicurato;*
 - d) *suicidio o tentato suicidio;*
 - e) *infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
 - f) *infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - g) *malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - h) *malattie mentali e disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), ivi compresi i comportamenti nevrotici;*
 - i) *infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;*
 - l) *sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla;*
 - m) *infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.*

- 3) **Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
- 4) **La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.**
- 5) **Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod.civ.**
- 6) **I massimali indicati per ogni prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.**
- 7) **Il diritto alle assistenze fornite da TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro, salvo i casi di forza maggiore, ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.**
- 8) **L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.**
- 9) **Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.**

Prestazioni "Salute"

Art. C.3
Consulenza medica telefonica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. C.4
Informazioni sanitarie

(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CE ed extra CE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. C.5
Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, **previa approfondita analisi del quadro clinico** del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, **tenuto conto delle disponibilità esistenti**, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.

Art. C.6
Invio di un medico generico in Italia

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti, in Italia, di un medico **dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione,** provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; TUA terrà a proprio carico la relativa spesa.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. C.7
Trasporto in autoambulanza

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa direttamente un'autoambulanza; TUA terrà a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. C.8
Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa **previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante,** la Struttura Organizzativa provvederà:

- a) ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;

- treno prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso (**la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo per i trasferimenti verso Paesi Europei**);
- c) ad assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico **se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa. Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assicurato, nonché le terapie riabilitative.**

Art. C.9
Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. C.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso. Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa.**

Art. C.10
Traduzione della cartella clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo TUA a proprio carico il relativo costo. L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o malattia.

Art. C.11
Seconda Opinione Medica

(La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

TUA, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA**, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente, potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, **l'assicurato o il medico curante dovranno:**

- **spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito;**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvederà all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettuerà la **SECONDA OPINIONE MEDICA** mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'assicurato mediante la rete di strutture convenzionate in Italia e nel mondo.

Il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito, documenti che saranno forniti alla Struttura Organizzativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per l'erogazione della prestazione.

La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, ma in ogni caso con traduzione in italiano, della **SECONDA OPINIONE MEDICA**, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia, nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque con un massimo di 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente della struttura medica di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla videoconferenza. TUA terrà a proprio carico le relative spese **sino a un massimo di 500 euro per periodo di copertura assicurativa.**

Nota: le prestazioni di seguito elencate sono operanti quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:

Art. C.12
Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:



- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.**

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di TUA, ha il diritto di richiedere all'assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione non è altresì operante nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

Non danno luogo alla prestazione prevista le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. C.13
Viaggio di un familiare (not only)

Qualora l'assicurato, trovandosi in viaggio, a seguito di infortunio o malattia improvvisa necessiti di un ricovero in istituto di cura **per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato; TUA terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. C.14
Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete; TUA terrà a proprio carico **i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.**

Art. C.15
Consegna esiti al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato. **Restano in ogni caso a carico dell'assicurato i costi degli accertamenti. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. C.16
Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, **come da prescrizione medica scritta**, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. **Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'assicurato. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. C.17
Rientro anticipato

Qualora l'assicurato in viaggio debba rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), **come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe**, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato. TUA terrà a proprio carico le relative spese.

Art. C.18
Rimpatrio salma

Qualora l'assicurato sia deceduto a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo TUA a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 2.600 euro per sinistro**, ancorché siano coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.**

ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

Art. C.19
Operatività della garanzia

Le prestazioni della sezione ADI, sono riservate agli assicurati in caso di infortunio o malattia che comporti ricovero in istituto di cura di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico.**

Le modalità di accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e/o con il suo medico curante ed a tal fine **la Struttura Organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo** per poter organizzare il servizio stesso.



Art. C.20 Ospedalizzazione domiciliare	La Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni . Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione , verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'iscritto.
Art. C.21 Prestazioni Professionali	Qualora l'assicurato necessiti di assistenza dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali o nei giorni festivi, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , garantisce l'invio di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.
Art. C.22 Servizi Sanitari	Qualora l'assicurato necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.
Art. C.23 Servizi non Sanitari	Qualora l'assicurato non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione , garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella I – Classificazione delle attività (per le garanzie infortuni - 24 ore o professionale)

La tabella riporta la classificazione delle attività identificate con un numero progressivo da 1 a 4 in relazione al crescente grado di rischio, in base al quale è stato valutato il rischio (Art. A.14). Le attività assicurabili, ferme le esclusioni di cui all'Art. A.8, si distinguono secondo quanto segue:

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
2-001	2	Accordatore di pianoforti
1-001	1	Agente di assicurazione e broker
1-002	1	Agente di cambio e di borsa
2-002	2	Agente di commercio che viaggia
1-003	1	Agente di commercio occupato in ufficio
1-004	1	Agente di pubblicità
1-005	1	Agente immobiliare
4-001	4	Agricoltore che lavora manualmente o nei campi
2-003	2	Agricoltore che non prende parte ai lavori
2-004	2	Agronomo
2-005	2	Albergatore - servizi alberghieri
1-006	1	Albergatore solo ufficio
2-006	2	Allenatore sportivo (di sport non esclusi)
3-001	3	Allevatore di animali non equini-bovini-suini con lavoro manuale
2-007	2	Allevatore di animali senza lavoro manuale
4-002	4	Allevatore di equini-bovini-suini con lavoro manuale
1-007	1	Ambasciatore in europa
1-008	1	Amministratore di beni propri ed altrui
2-008	2	Analista chimico
2-009	2	Animatore villaggi, feste
4-003	4	Antennista (installatore di antenne radio - tv)
1-009	1	Antiquario, senza restauro
3-002	3	Archeologo
2-010	2	Architetto (anche all'esterno)
1-010	1	Architetto (solo ufficio o d'interni)
1-011	1	Archivista
3-003	3	Armaiuolo
3-004	3	Arrotino
2-011	2	Artigiano proprietario (senza lavoro manuale)
2-012	2	Artista generico
4-004	4	Ascensori e montacarichi
4-005	4	Asfaltatore
1-012	1	Assistente di vendita
1-013	1	Assistente di volo a terra
2-013	2	Assistente sociale
2-014	2	Attore (escluso stuntman)
2-015	2	Ausiliario socio sanitario
3-005	3	Autista: autobus, autocarri fino 35 q.li,

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
		motocarri, ciclomotori trasporto cose (con carico e scarico)
2-016	2	Autista: autocarri fino 35 q.li, motocarri, ciclomotori trasporto cose (senza carico e scarico)
3-006	3	Autista: autocarri oltre 35 q.li, macchine agricole
2-017	2	Autista: autovetture, autotassametri
4-006	4	Autista: motocicli e ciclomotori
2-018	2	Autolavaggio automatico, senza lavoro manuale
3-007	3	Autolavaggio con lavoro manuale
4-007	4	Autorimesse e/o gommista con o senza distributore / autolavaggio
1-014	1	Autotrasportatore (titolare impresa) senza lavoro manuale
4-008	4	Autotrasportatore anche di veicoli con carico scarico
1-015	1	Avvocato o procuratore legale
2-019	2	Badante / baby sitter
2-020	2	Bagnino
2-021	2	Ballerino
2-022	2	Bar / birreria / enoteca
1-016	1	Barbiere / parrucchiere
2-023	2	Benestante / senza particolari occupazioni
3-008	3	Berrettai / cappellaio
1-017	1	Bidello
2-024	2	Bigiotterie
1-018	1	Biologo
4-009	4	Boscaiolo - silvicoltore
2-025	2	Botanico
4-010	4	Bottaio
3-009	3	Bottoni (fabbricante)
4-011	4	Bronzista / brunitorista / cromatorista / nichelatorista / ottonista / ramierista
3-010	3	Caldaista
1-019	1	Callista / pedicure / manicure
2-026	2	Calzolaio
2-027	2	Cameraman anche all'esterno
1-020	1	Cameraman solo in studio
2-028	2	Cameriere
1-021	1	Cantante
3-011	3	Capomastro

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
4-012	4	Carbonaio
3-012	3	Cardatore di lana e cotone
4-013	4	Carpentiere in legno o ferro
4-014	4	Carrozziere di autoveicoli
3-013	3	Cartaio
3-014	3	Cartotecnico
2-029	2	Casalinga
4-015	4	Casaro con allevamento di animali
3-015	3	Casaro senza allevamento di animali
2-030	2	Casellante
1-022	1	Cassiere / bigliettaio non armato
4-016	4	Cementiere
1-023	1	Centralinista
3-016	3	Ceramista (in laboratorio) / maioliche / porcellane
2-031	2	Cesellatore
3-017	3	Cestaio
3-018	3	Chimico
2-032	2	Cinema e teatro - addetto
1-024	1	Cinema e teatro - gestore
4-017	4	Cinghiao
1-025	1	Clero
4-018	4	Coltivatore diretto
1-026	1	Commercialista
2-033	2	Commerciante ambulante
2-034	2	Commerciante che partecipa al lavoro di magazzino
2-035	2	Commerciante con lavoro manuale occasionale
1-027	1	Commerciante senza lavoro manuale
2-036	2	Concessionario auto / moto
4-019	4	Conciapelli (con uso di macchine)
3-019	3	Conciapelli (senza uso di macchine)
2-037	2	Confezioni tessili
1-028	1	Console in europa
1-029	1	Consulente del Lavoro e consulente in genere, prevalentemente in ufficio
2-038	2	Consulente esterno che prevalentemente viaggia
3-020	3	Cordaiolo
3-021	3	Corniciaio
2-039	2	Cuoco
2-040	2	Custode

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-022	3	Decoratore (di interni)
4-020	4	Decoratore su impalcature
1-030	1	Dipendente senza lavoro manuale
1-031	1	Diplomantico in europa
1-032	1	Direttore artistico
1-033	1	Direttore didattico
1-034	1	Direttore d'orchestra
1-035	1	Direttore negozio
1-036	1	Disegnatore
3-023	3	Disinfestatore - derattizzazione
2-041	2	Disk jockey
3-024	3	Distillatore
2-042	2	Distributore carburante
2-043	2	Distributore carburante con autolavaggio automatico
3-025	3	Distributore carburante con autolavaggio manuale
3-026	3	Distributori automatici - installazione e manutenzione
2-044	2	Distributori automatici - riempimento
2-045	2	Domestico / domestica / colf
4-021	4	Ebanista
1-037	1	Editore
4-022	4	Eletrauto
3-027	3	Elettricista
4-023	4	Elettricista (addeito alta tensione o su impalcature / ponteggi)
3-028	3	Elettrotecnico
2-046	2	Enologo ed enotecnico
4-024	4	Escavatorista
1-038	1	Estetista
4-025	4	Fabbro anche su impalcature e ponteggi
3-029	3	Fabbro solo a terra
3-030	3	Facchino merci (carico e scarico)
4-026	4	Facchino merci (carico e scarico) in porto
4-027	4	Falegname
1-039	1	Farmacista
2-047	2	Fattorino
4-028	4	Fattorino uso moto /motorino/pony express
2-048	2	Ferrovia - personale viaggiante
3-031	3	Ferroviero - autotranviere
2-049	2	Fisico
2-050	2	Fisioterapista
3-032	3	Floricoltore
4-029	4	Fonditore
4-030	4	Forestale
3-033	3	Fornaio
2-051	2	Fotoceramista
2-052	2	Fotografo anche d'esterno
2-053	2	Fotografo inviato (in europa, nord america, oceania, giappone)
4-031	4	Fotografo inviato (mondo intero)

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
1-040	1	Fotografo solo in studio
1-041	1	Fotomodello
4-032	4	Frantumatore
4-033	4	Frigorista
4-034	4	Fuochisti
2-054	2	Gelataio - produzione
3-034	3	Geologo occupato anche all'esterno
1-042	1	Geologo occupato solo in ufficio
4-035	4	Giardiniera, vivaista - con abbattimento e potatura alberi
3-035	3	Giardiniera, vivaista - no abbattimento e potatura alberi
1-043	1	Giornalaio
1-044	1	Giornalista occupato in ufficio
2-055	2	Giornalista viaggiante, cronista, inviato (in europa, nord america, oceania, giappone)
4-036	4	Giornalista viaggiante, cronista, inviato (mondo intero)
1-045	1	Grafico e stilista
3-036	3	Guantaio
2-056	2	Guardia campestre
4-037	4	Guardia forestale (con lavoro manuale)
2-057	2	Guardia forestale (no lavoro manuale)
4-038	4	Guardia notturna / giurata
2-058	2	Guardiacaccia
2-059	2	Guardiapesca
2-060	2	Guida turistica
4-039	4	Idraulico anche su impalcature e ponteggi
3-037	3	Idraulico in interni
4-040	4	Imballatore
4-041	4	Imbianchino (di esterni) su impalcature e ponteggi
3-038	3	Imbianchino (solo interni)
4-042	4	Impalcature e ponteggi - uso di . . .
2-061	2	Impiegato amministrativo con mansioni esterne
1-046	1	Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)
2-062	2	Impiegato con mansioni anche all'esterno
2-063	2	Impiegato tecnico
2-064	2	Imprenditore (con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale) no lavoro manuale
3-039	3	Imprenditore (con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale), lavoro manuale occasionale
4-043	4	Imprenditore (con lavoro manuale)

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
1-047	1	Imprenditore (solo lavoro d'ufficio no accesso ambienti lavoro, esterno o cantieri)
3-040	3	Incisore
1-048	1	Indossatore
2-065	2	Infermiere professionale
1-049	1	Insegn. Materie non sperimentali o professionali
2-066	2	Insegn. Materie sperimentali o prof.li anche laboratori
4-044	4	Insegnante arti marziali, lotta nelle varie forme
2-067	2	Insegnante di ballo
4-045	4	Insegnante di equitazione
1-050	1	Insegnante di musica
2-068	2	Insegnante educazione fisica e sport non esclusi
3-041	3	Insegne prod. / install. (no impalcature e ponteggi)
4-046	4	Insegne prod. / install. (si impalcature e ponteggi)
4-047	4	Installatore elettrodomestici / mobili / radio / tv / telefonia / impianti (anche esterno e ponteggi)
2-069	2	Installatore elettrodomestici / radio / tv / telefonia (solo interno)
4-048	4	Installatore impianti civili, industriali e commerciali (esterno ed interno)
3-042	3	Installatore mobili / impianti civili (solo interno)
1-051	1	Interprete
3-043	3	Investigatore privato
2-070	2	Istruttore di pratica (guida) di scuola guida
1-052	1	Istruttore di teoria di scuola guida
4-049	4	Laminatore
4-050	4	Latteria - produzione latte
4-051	4	Lattiniere anche su impalcature e ponteggi
2-071	2	Lavanderie - stileria
2-072	2	Lavoro intellettuale con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale)
3-044	3	Lavoro intellettuale con accesso ad esterni, cantieri, ambienti lavoro manuale), lavoro manuale occasionale
2-073	2	Lavoro intellettuale con viaggi e spostamenti frequenti
1-053	1	Lavoro intellettuale (compreso Libero Professionista) con solo lavoro d'ufficio (no esterni, cantieri)

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
2-074	2	Legatore
3-045	3	Linotipista
2-075	2	Litografo
4-052	4	Lucidat. Marmi / scapellino / mattonaio / pavim. Strade
3-046	3	Macchinista ferrovie / tramvie
4-053	4	Macellatore
3-047	3	Magazziniere
1-054	1	Magistrato
2-076	2	Magliaca
4-054	4	Maniscalco-sellaio
3-048	3	Marmista / pavimentista / piastrellista posatore solo a terra
4-055	4	Marmista anche su impalcature e ponteggi
2-077	2	Massaggiatore
1-055	1	Matematico
3-049	3	Materassaio
4-056	4	Meccanico (dipendente)
4-057	4	Meccanico (montatore / riparatore)
2-078	2	Mediatore di bestiame
1-056	1	Mediatore in genere (escluso bestiame)
1-057	1	Medico chirurgo o specialista
1-058	1	Medico dentista
1-059	1	Medico esercente la sola medicina inf. / condotto
1-060	1	Medico psicanalista
2-079	2	Medico radiologo
2-080	2	Merlettai
2-081	2	Militari solo compiti amministrativi e d'ufficio (in Italia)
4-058	4	Mobiliere: fabbricazione mobili
1-061	1	Modellista in carta
4-059	4	Modellista in ferro e legno
2-082	2	Modista
4-060	4	Montatore di macchine
3-050	3	Mosaicista (solo a terra)
4-061	4	Mosaicista (su impalcature)
4-062	4	Muratore
1-062	1	Musicista
2-083	2	Necroforo addetto alle pompe funebri
3-051	3	Necroforo addetto sepoltura e manutenzione tombe
1-063	1	Negozi abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
1-064	1	Negozi cartoleria / libreria
1-065	1	Negozi di articoli in pelle-calzature
2-084	2	Negozi di casalinghi / armi
2-085	2	Negozi elettrod. / mobili / igien.-sanit.(no install.)
2-086	2	Negozi ferramenta / colori e vernici / accessori auto

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
1-066	1	Negozi fotografia, ottica, dischi, strumenti musicali, elettronica
2-087	2	Negozi frutta e verdura / fiori e piante
1-067	1	Negozi giocattoli / articoli sportivi / animali domestici
3-053	3	Negozi macellerie (solo rivendita)
1-068	1	Negozi oreficerie-orologerie-gioiellerie
1-069	1	Negozi pane / latte / pasticceria / gelateria solo rivendita
2-088	2	Negozi salumi / rosticc. / pescherie
2-089	2	Negozi supermercato (escluso magazziniere)
1-070	1	Negozi tabaccher. / profum. / drogherie / vini e liquori
1-071	1	Notaio
2-090	2	Odontotecnico
3-054	3	Ombrellaio
3-055	3	Operaio con uso di macchine (escluso settore edile)
4-063	4	Operaio con uso di ponteggi e impalcature
4-064	4	Operaio edile
2-091	2	Operaio senza uso di macchine
1-072	1	Operatore call center o data entry
3-056	3	Operatore ecologico
2-092	2	Orafo
1-073	1	Orologiaio riparatore
3-057	3	Ortopedico (fabbricanti di apparecchi)
2-093	2	Ostetrica
2-094	2	Offico (fabbricante e riparatore)
3-058	3	Panettiere - produzione
4-065	4	Parafumini (fabbricante e posatore)
2-095	2	Parrucchiere da donna
2-096	2	Pasticcere - produzione
4-066	4	Pastore
3-059	3	Pellettiere / pellicciaio
2-097	2	Pensionato
3-060	3	Perito agrario / industriale
2-098	2	Perito (escluso agrario o industriale), Libero Professionista (compresi Ingegnere e Geometra) occupato all'esterno
1-074	1	Personale amministrativo in ufficio
3-061	3	Personale di bordo senza lavoro manuale
1-075	1	Pittore
2-099	2	Polizia solo compiti amministrativi e d'ufficio
2-100	2	Pompe funebri con trasporti e addobbi
1-076	1	Pompe funebri no trasporti o addobbi
2-101	2	Portabagagli

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-062	3	Portavalori
2-102	2	Portiere - portinaio
3-063	3	Portuale (no facchino)
2-103	2	Poste - consegne a piedi - in auto - bicicletta
3-064	3	Poste - consegne moto - motorino
1-077	1	Poste - ufficio
2-104	2	Posteggiatore
2-105	2	Procacciatore d'affari
1-079	1	Professore materie non sperimentali o professionali
2-107	2	Professore materie sperimentali o prof.li anche laboratori
1-080	1	Programmatore sistemi elettronici-meccanografici
2-108	2	Promotore finanziario
1-081	1	Psicologo
2-109	2	Pubblicista
4-068	4	Pulitore (di esterni uso ponteggi e impalcature)
3-066	3	Pulitore (di interni)
3-067	3	Radiotecnico (senza posa antenne)
2-110	2	Rammendatrice / ricamatrice / filatrice
3-068	3	Rappresentante (con carico e scarico)
2-111	2	Rappresentante (senza carico e scarico)
1-082	1	Regista
4-069	4	Restauratore anche su ponteggi o impalcature
4-070	4	Restauratore di mobili
2-112	2	Restauratore di oggetti, no mobili
3-069	3	Restauratore fabbricati in interno no ponteggi o impalcature
3-070	3	Riparatore elettrodomestici e casalinghi
1-078	1	Rischio di classe 1 - indicata in calce
2-106	2	Rischio di classe 2 - indicata in calce
3-065	3	Rischio di classe 3 - indicata in calce
4-067	4	Rischio di classe 4 - indicata in calce
2-113	2	Ristoranti / trattorie / pizzerie
4-071	4	Rupista
1-083	1	Sacrestano
4-072	4	Saldatore
2-114	2	Sarto-sarta
1-084	1	Scrittore
3-071	3	Scultore
4-073	4	Spazzacamino
4-074	4	Specchi (fabbricante)
1-085	1	Spedizioniere (solo ufficio)
2-115	2	Spedizioniere anche presso magazzini e scali
3-072	3	Strumentazione (fabbricante e riparatore)



Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-073	3	Strumenti musicali (fabbricante e riparatore)
1-086	1	Studente
4-075	4	Tappezziere (di esterni) su impalcature e ponteggi
3-074	3	Tappezziere (in interni)
2-116	2	Tecnico sanitario
1-087	1	Telefonista
4-076	4	Tende, veneziane, serramenti prod / install. (con ponteggi e impalcature)
3-075	3	Tende, veneziane, serramenti prod / install. Solo interno

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
3-076	3	Terracotta (fabbricante)
3-077	3	Tessitore (con uso di macchine)
2-117	2	Tessitore (senza uso di macchine)
3-078	3	Timbri (fabbricante)
3-079	3	Tinaio (fabbricante)
3-080	3	Tintore
3-081	3	Tipografo
3-082	3	Tornitore
1-088	1	Traduttore
4-077	4	Trattorista
2-118	2	Ufficiale giudiziario
1-089	1	Uscere d'albergo
3-083	3	Veterinario anche in macelli, allevamenti

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
2-119	2	Veterinario solo animali affezione
4-078	4	Vetraio (di esterni) su impalcature e ponteggi
3-084	3	Vetraio (in interni)
2-120	2	Vetrinista
4-079	4	Vetro - lavorazione anche con forno
4-080	4	Vigile del fuoco
3-085	3	Vigile urbano
1-090	1	Vigile urbano - solo compiti amministrativi e ufficio
3-086	3	Vinificatore
4-081	4	Vulcanizzatore

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco