



Polizza Infortuni

Us La Sportiva

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza n° 000357.31.300095

Il presente allegato MOD. POL INF 2 - ED 12/2010 è parte integrante della polizza 000357.31.300095

AGENZIA DI MANERBIO - 000357

VIA CORO, 15 - 25025 - MANERBIO (BS)

Telefono 0309380257

Fax 0309380977

E-mail manerbio@cattolica.it



DEFINIZIONI (INF001)

Nel testo si intende per:

Assicurazione o contratto	Il contratto di assicurazione.
Assicurato	La persona il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica designata dal Contraente, alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'Assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato in parti uguali tra loro.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.
Convalescenza a domicilio	Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.
Day hospital	La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Franchigia o Scoperto	La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.
Infortuni professionali	Gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.
Infortuni extra-professionali	Gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale e cioè quelli che subisce durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari. Sono quindi esclusi tutti gli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.
Insofferenza	Epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.
Invalidità permanente	La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza e il soggiorno.



Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Parti	Il Contraente e la Società.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero/Degenza	La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.
Rischio	La possibilità che si verifichi il sinistro.
Sforzo	Evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.
Società	L'impresa assicuratrice.
Ubbriachezza	Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (INF002)

Art. 1 - Oggetto del contratto

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie in relazione alla quali risultino indicate nella scheda di polizza le somme assicurate e/o i massimali e i relativi premi.

Art. 2 - Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti. Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Art. 3 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) annegamento;
- d) assideramento o congelamento;
- e) colpi di sole o di calore;
- f) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- g) infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'articolo 1900 del codice civile);
- h) infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all' articolo 1912 del codice civile);
- i) infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- j) lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie. Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea per infortunio se prevista dal contratto. Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente. Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille, la Società per la sola garanzia di invalidità permanente da infortunio, riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari all'1% sulla somma assicurata fino a euro 250.000,00, senza applicazione della franchigia prevista all'articolo.

Art. 4 - Rischi sportivi inclusi

La garanzia vale durante:

- la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche organizzati dagli enti di promozione dello sport, dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- Alpinismo su roccia fino al 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing.

Art. 5 - Rischi sportivi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, snowboard, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), canyoning, bungee jumping;
- partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle



competenti federazioni sportive ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;

- guida e pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

Art. 6 - Rischio volo

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari e per quelli non regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano eserciti da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

Art. 7 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 8 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

Art. 9 - Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

a) guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore.

Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro o dalla data in cui l'Assicurato ha potuto riprendere le sue normali attività dopo aver superato i postumi derivanti dal sinistro stesso;

b) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di natanti a motore per uso non privato, di macchine agricole e operatrici salvo che siano utilizzate per l'espletamento delle attività concernenti la normale vita domestica. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;

c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;

d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;

e) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace. Per quanto riguarda le malattie, l'assicurazione non comprende:

f) i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;

g) i ricoveri conseguenti a interruzioni volontarie di gravidanza;

h) day hospital con finalità diagnostiche;

i) le invalidità permanenti per malattia conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici o stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o insorti anteriormente alla data di effetto del contratto e manifestati oltre un anno dalla cessazione;

j) le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

k) le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;

l) i ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie in genere. Per quanto riguarda le garanzie infortuni e malattie, l'assicurazione non comprende:

m) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;

n) l'intossicazione cronica, alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidei, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (HIV);

o) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;

p) in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

q) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

r) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 10 - Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato

all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società. Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'articolo 1901 del codice civile.

Art. 11 - Decorrenza della garanzia

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

Art. 12 - Cambiamento dell'attività professionale

Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza si applicano gli artt. 1897 e 1898 c.c. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 13 - Proroga del contratto

In mancanza di disdetta inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r. e pervenuta almeno sessanta giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Art. 14 - Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei, immunodeficienza acquisita (HIV) limitatamente alle garanzie malattie, costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso la Società restituisce al Contraente la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 15 - Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In ogni caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Qualora il Contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, la Società ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al Contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 16 - Oneri fiscali

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

Art. 17 - Foro competente

Foro competente è quello del luogo in cui il Contraente ha la sede, oppure la residenza o il domicilio elettivo.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Entro tre giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa. Per la garanzia di invalidità permanente per malattia, la denuncia della malattia deve avvenire entro tre 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, sempreché la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

Art. 19 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve



essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Per la garanzia di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 20 - Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 21 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo 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.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo 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.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 22 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 23 - Trattamento dei dati personali

La Società s'impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi al Contraente e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte.

La Società raccoglie e registra tali dati personali riguardanti il Contraente e/o gli Assicurati. Essa è inoltre tenuta, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), ad utilizzare tali dati esclusivamente in termini compatibili con lo scopo di conclusione e gestione del contratto suddetto e a trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza.

La Società s'impegna altresì, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi di accesso non autorizzato o il trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

Art. 24 - Trattamento dei dati sensibili

Il Contraente e/o l'Assicurato presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte della Società, in particolare dei dati sensibili ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni).

Art. 25 - Limiti di età

L'assicurazione cessa dalla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(INF008) Limite massimo di esborso per evento che colpisca più persone

Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a 420.000 euro. Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.

(INF025) Premio minimo garantito annuo

La somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale la presente polizza avrà vigore in nessun caso potrà essere inferiore a 341 euro, oltre le tasse.

(INF081) – Raccolta dati degli assicurati

Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento ISVAP n. 27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, si impegna a fornire alla Compagnia entro 15 giorni dalla richiesta di quest'ultima i seguenti dati:

- data di adesione alla copertura assicurativa per ogni singola applicazione;
- nome e cognome dell'aderente;
- codice fiscale dell'aderente;
- data effetto copertura della singola adesione;
- data scadenza della singola adesione;
- premio di prima annualità o prima rata di premio.

La Compagnia potrà sospendere il pagamento di eventuali sinistri fino a che non vengano forniti tutti i dati richiesti.



GARANZIE

(INF031) MORTE PER INFORTUNIO

Morte

La Società corrisponde in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la somma assicurata ai beneficiari o in difetto di designazione agli eredi in parti uguali.

Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del codice civile. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Cumulo dell'indennità

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 dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società 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.

Commorienza del coniuge

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100% e con il limite massimo di euro 390.000,00 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 persone riconosciute invalide al 60%). Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della nostra Società in cui risulti assicurato anche il coniuge, il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di euro 390.000,00.

(INF032) INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Invalidità permanente per infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente dell'Assicurato per infortunio totale o parziale.

Calcolo dell'indennizzo

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente al netto dell'eventuale franchigia, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento alla tabella "Invalidità permanente per infortunio".

Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali della tabella "Invalidità permanente per infortunio" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista dalla tabella "Invalidità permanente per infortunio", si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Franchigia sull'invalidità permanente standard

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle franchigie di seguito indicate.

Sulla parte di somma assicurata fino a 300.000,00 euro:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Sulla parte di somma assicurata fino a 600.000,00 euro:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Sulla parte di somma assicurata fino a 1.000.000,00 euro:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Sulla parte di somma assicurata oltre 1.000.000,00 euro:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 15% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 15% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Cumulo dell'indennità

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Decesso indipendente dall'infortunio

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato.

TABELLA "INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO"

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio

Perdita totale anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un occhio	25%	
ambidue 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 una 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 pètamero sacrale	3%	

esiti di frattura di un metamerico coccigeo con callo deforme	5%	
Anchilosi:		
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%	
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
dello sciatico popliteo esterno	15%	
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:		
sopra la metà della coscia	70%	
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%	
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%	
Amputazione o perdita funzionale di:		
un piede	40%	
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
una falange dell'alluce	2,5%	
ernie addominali da sforzo non operabile	max 10%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

La Franchigia sull'invalidità permanente standard non è applicata in presenza di Franchigia a scaglioni.

(INF052) Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza pari a quanto indicato nella scheda di polizza. La durata massima è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo. In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata. Gli infortuni che determinano un "ricovero importante" sono:

interventi per asportazione di organi;

trapianti;

arto-protesi delle grandi articolazioni.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica. In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 30% dell'indennità prevista per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto senza interruzione, fatta eccezione per le festività.

In caso di ricovero di durata superiore a dieci giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde l'indennità prevista in caso di ricovero per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di trenta giorni per evento.

La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi e parto non cesareo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato. Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

L'indennità viene corrisposta con l'applicazione di una franchigia fissa espressa in giorni corrispondente a quanto indicato nella scheda di polizza.

(INF054) Diaria da gesso e immobilizzo

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità pari a quella prevista nella scheda di polizza fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di quaranta giorni.

Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la

frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola purché radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.

Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di venti giorni, per le altre fratture la durata forfetaria è pari a quaranta giorni.

Sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico

Bendaggi amidati

Docce/valve gessate

Bendaggio Desault

Minerve (anche in cuoio)

Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo)

Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin)

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

Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi"

Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili

Bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.)

Ortesi in genere (app. di posizione - es.: plantari)

Collari Schantz, Camp, simili

Ginocchiere DonJoy

Stecche di Zimmer

Relativamente alla ginocchiera Donjoy e alla stecca di Zimmer le modalità con cui queste vengono ammesse all'indennizzo sono le seguenti:

Ginocchiera Donjoy

pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

Stecca di Zimmer

pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura. Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione. La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura. Nel caso di frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, o di frattura completa della costola è necessario presentare le radiografie e i referti. Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione della gessatura.

L'indennità viene corrisposta con l'applicazione di una franchigia fissa espressa in giorni corrispondente a quanto indicato nella scheda di polizza.

(INF061) Rimborso spese di cura

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda di polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a) Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**

- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30%



della somma assicurata;

- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura estetica successivi all'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Società corrisponde una diaria sostitutiva di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

b) Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con l'applicazione dello scoperto della spesa documentata e con il minimo per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato indicati nella scheda di polizza.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

c) Cure e protesi dentarie da infortunio

cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

La società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, di stinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

(INF070) Assicurazione per società sportive

A parziale deroga dell'art. 1 "Oggetto del Contratto" della clausola INF002 Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che l'assicurazione è prestata per gli infortuni avvenuti durante la pratica non professionale di attività sportive e per le altre attività e manifestazioni organizzate dal Contraente o dalle associazioni ad esso affiliate. E' compresa altresì la partecipazione a tornei e gare nella qualità di tesserato dell'associazione Contraente.

Sono assicurati:

A) atleti non professionisti;

B) dirigenti, funzionari, allenatori, istruttori, giudici e/o ufficiali di gara, cronometristi e proposti e/o designati alle attività tipiche promosse dal Contraente;

Ai fini dell'identificazione degli Assicurati fa fede l'iscrizione negli appositi registri tenuti dal Contraente, comprovata dalla relativa tessera rilasciata all'Assicurato.

(INF071) Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza pari a quanto indicato nella scheda di polizza. La durata massima è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata. Gli infortuni che determinano un "ricovero importante" sono:

-interventi per asportazione di organi;

-trapianti;

-artro-protesi delle grandi articolazioni.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su

presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 30% dell'indennità prevista per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto senza interruzione, fatta eccezione per le festività.

In caso di ricovero di durata superiore a dieci giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde l'indennità prevista in caso di ricovero per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di trenta giorni per evento.

La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi e parto non cesareo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato. Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

La garanzia di diaria da ricovero per infortunio è operante con l'applicazione di una franchigia fissa di sette giorni.

(INF072) Diaria da gesso

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità pari a quanto indicato nella scheda di polizza, fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di quaranta giorni.

La garanzia diaria da gesso è operante con l'applicazione di una franchigia fissa di sette giorni.

Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola purché radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.

Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di venti giorni, per le altre fratture la durata forfetaria è pari a quaranta giorni.

Sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico

Bendaggi amidati

Docce/valve gessate

Bendaggio Desault

Minerve (anche in cuoio)

Apparecchio di trazione cranica (tipo Hajo)

Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin)

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

Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi"

Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili

Bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.)

Ortesi in genere (app. di posizione - es.: plantari)

Collari Schantz, Camp, simili

Ginocchiere DonJoy Stecche di Zimmer

Relativamente alla ginocchiera DonJoy e alla stecca di Zimmer le modalità con cui queste vengono ammesse all'indennizzo sono le seguenti:

Ginocchiera DonJoy

pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

Stecca di Zimmer

pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione. La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura.

Nel caso di frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, o di frattura completa della costola è necessario



presentare le radiografie e i referti. Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione della gessatura.

(INF073) Rimborso Spese di Cura per Infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda di polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a) Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;

- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.
Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura estetica successivi all'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Società corrisponde una diaria sostitutiva di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

b) Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi all'infortunio. Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari al 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 51,00 per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

c) Cure e protesi dentarie da infortunio

cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato da la Società a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Inoltre, fermo quanto sopra evidenziato, per le seguenti prestazioni la garanzia rimborso spese di cura è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:

- laserterapia;
- magnetoterapia;
- T.A.C.;
- risonanza magnetica;
- artroscopia.