

Condizioni Generali di Assicurazione

Premessa

Le seguenti condizioni (modello TPT906 2 edizione 09/2007) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello TPT906 1 edizione 09/2007.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le partite per le quali è stata indicata la somma assicurata e/o massimali e corrisposto il relativo premio, salvi i limiti di indennizzo o risarcimento, gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti sulla polizza stessa o nelle seguenti condizioni.

Definizioni

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.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
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.
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.
Invalidità 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.
Massimale:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
Nucleo familiare:	il nucleo, composto da almeno due persone, risultante sul certificato anagrafico "Stato di famiglia", cui appartiene il contraente.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
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.
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).

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 – Dichiarazioni e comunicazioni del contraente

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.

Art. 2 – Altre assicurazioni

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.

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. 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.

Art. 3 – Aggravamento del rischio

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.

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.

Art. 4 – Diminuzione del rischio

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.





Art. 5 – Assicurazione per conto altrui

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.

Art. 6 – Durata

La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le parti al momento della stipulazione dell'assicurazione e viene indicata in polizza.

Qualora in polizza sia indicata una durata superiore all'anno, le parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale, mediante fax o lettera raccomandata spedita almeno 15 giorni prima.

Art. 7 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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 pagamento può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

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

Non è possibile il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a euro 500,00 (cinquecento/00).

Avvertenza: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di importo complessivamente superiore a euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00), sarà vietato il ricorso al denaro contante.

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 – Periodo di assicurazione

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 stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 10 – Proroga, disdetta e variazione del premio

In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 15 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 tariffarie e/o contrattuali 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, 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 proposte.

Qualora in polizza sia indicato NO alla casella "Tacito rinnovo", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 11 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

La sopravvenienza 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.

Art. 12 – Foro Competente

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

Art. 13 – Oneri fiscali

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

Art. 14 – Rinvio alle norme

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

Tutela in caso di infortuni nel tempo libero

Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione - TEMPO LIBERO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca 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, compreso il rischio in itinere.

Assicurazione per tutta la famiglia

Qualora sul simple sia crociato il riquadro relativo ad "assicurazione per tutta la famiglia", l'assicurazione è prestata per tutti i componenti il nucleo familiare che risultino assicurabili (Art. 11), dei quali il contraente ne dichiara il numero.

Pertanto, le somme assicurate per i casi di "Morte" ed "Invalidità permanente" verranno divisi per il numero dei componenti del nucleo familiare al momento del sinistro e comunque per un numero non superiore a quattro, anche se il nucleo risulterà composto da un numero superiore di persone.

In caso di sinistro, comunque, troverà applicazione quanto segue:

- per assicurati **"studenti", o minori di anni 18, la somma assicurata in caso di morte si intende ridotta del 50%**, mentre in caso di invalidità permanente si intende aumentata del 50%;
- **per assicurati "pensionati" sia la somma assicurata in caso di morte che quella per il caso di invalidità permanente si inten-**

de ridotta del 50% o, in caso di età pari o superiore a 75 anni, ridotta del 90%;

- per il caso di "Rimborso spese di cura" la somma assicurata rappresenta il limite di massimo indennizzo, per ogni anno assicurativo, complessivo **per i soli componenti del nucleo familiare che siano di età inferiore a 75 anni, mentre non opera per i componenti di età pari o superiore;**
- l'indennizzo complessivo per ogni sinistro non potrà superare la somma o il massimale assicurato e riportato in polizza;
- **non si considerano nel conteggio dei componenti il nucleo familiare al momento del sinistro, le persone non assicurabili (Art. 11) e quelle di età pari o superiore a 75 anni.**

Assicurazione per persona fisica

Qualora sul simple sia crociato il riquadro relativo ad "assicurazione per persona fisica", l'assicurazione è prestata per le persone fisiche conviventi con il contraente, nominativamente identificate in polizza (cognome, nome e data di nascita) e di professione lavoratori dipendenti o dirigenti. Le somme assicurate ed i massimali si intendono quindi prestati per ogni singola persona assicurata. **Sono escluse dall'assicurazione i pensionati, le casalinghe, gli studenti, i benestanti ed i lavoratori autonomi o liberi professionisti.**

Art. 16 – 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, e di insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, **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) movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche **sempre che l'assicurato sia rimasto vittima degli eventi all'estero. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente". Per la sola invalidità permanente la garanzia opera per invalidità superiori al 15%.**

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" (qualora sottoscritta) e "Invalidità permanente". Per la sola invalidità permanente la garanzia opera per invalidità superiori al 15%.**

Art. 17 – Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) **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;**
- 2) **gli infortuni occorsi sotto l'influenza di sostanze psicoattive (alcolici, stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;**
- 3) **gli infortuni subiti alla guida di mezzi di locomozione aerei e quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei di-**

- versi dai regolari voli di linea;**
- 4) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;**
- 5) **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;**
- 6) **gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;**
- 7) **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.**

Art. 18 – 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", con somme assicurate ridotte al 50%. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera per invalidità superiori al 15%;**
- b) baseball, basket, calcio, volley, pallamano, sport equestri, canoa e kayak, ciclismo e mountain bike (fatto salvo l'uso di tali mezzi come mezzo di trasporto), sci da discesa e snowboard, con le seguenti precisazioni e relativamente alle seguenti garanzie, se prestate:
 - **invalidità permanente: la garanzia opera per invalidità superiori al 5%;**
 - **rimborso spese di cura: è prestata con una franchigia di 250 euro sull'importo complessivamente indennizzabile.**

Sono 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, 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.**

Morte

Art. 19 – Morte per infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'assicurato, TUA corrisponde la somma assicurata 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.

Invaldità permanente

Art. 20 - Invaldità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invaldità 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 seguenti criteri:

a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invaldità permanente to-

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

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	
anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
amputazione di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia		70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
amputazione di:		
- un piede		40%
- ambedue i piedi		100%
- un alluce		5%
- un altro dito del piede		1%
- una falange dell'alluce		2,5%
ernia addominale da sforzo solo nel caso in cui non sia operabile		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 sottoastragala		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%





Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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;
- b4) 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 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 del 100%.**

Art. 21 – Invalidità permanente con franchigia assoluta 5%
Si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%. Se l'invalidità permanente supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente il suddetto 5%.

Art. 22 – Invalidità permanenti gravi

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale, non si applicano le franchigie dell'articolo che precede, mentre in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata

Rimborso spese di cura

Art. 23 – Oggetto della garanzia

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, o comunque comportante una invalidità permanente di qualsiasi grado, TUA assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute, **nei 200 giorni successivi all'infortunio:**

- a) Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale
- a1) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- a2) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- a3) rette di degenza;
- a4) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero;
- a5) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**);
- a6) per il trasporto dell'assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato:
- per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

Il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 5% della somma assicurata per anno e per persona;

- a7) tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Per le spese di cui ai punti a1) e a5) il rimborso viene ricono-

sciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

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

- b) Se non c'è stato ricovero 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**). Per queste spese **il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari al 20% della spesa documentata e con il minimo di 100 euro per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato. Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata.**
- c) Cure e protesi dentarie da infortunio
- c1) cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
- c2) 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.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", TUA rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in valuta corrente. Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Norme comuni alla sezione

Art. 24 – Estensione territoriale

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

Art. 25 – Rinuncia all'azione di rivalsa

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

Denuncia e gestione del sinistro

Art. 26 – 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 del sinistro a TUA telefonando al numero verde 800.833.800, 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, sarà 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, nonché certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;
- copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Per la garanzia "Rimborso spese di cura", TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione, a cura ultimata, della seguente documentazione:

- intervento chirurgico, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;
- accertamenti diagnostici ambulatoriali e altre prestazioni sanitarie, alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie pattuite. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. TUA si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. 27 – 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.

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

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

Art. 28 – 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.

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 29 – 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.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

