



BPMASSICURAZIONI

per te ci siamo noi

INFORTUNI

Contratto di assicurazione di tipo individuale
Fascicolo Informativo ed. 05/2018

Prima della sottoscrizione
leggere attentamente
la nota informativa

Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza

BPMASSICURAZIONI S.p.A.
Gruppo BPMVITA



Fascicolo Informativo INFORTUNI

SOMMARIO

Nota informativa

- A. Informazioni sull'impresa di assicurazione
- B. Informazioni sul contratto
- C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami
- D. Altre informazioni sul contratto

Glossario

Informativa sul trattamento dei dati personali

Condizioni di assicurazione

- Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione
- Parte II – Sezione Infortuni
- Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri
- Parte IV – Assistenza

Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto nel mese di maggio 2018 e i dati in esso contenuti sono aggiornati a maggio 2018.

Nota Informativa

(Redatta ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n.35 del 26 maggio 2010)

POLIZZA INFORTUNI

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, 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.

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito definita anche la "Compagnia"), società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita (iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il n. 045, a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa), iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012 e ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia. Telefono (+39) 02 72235.081 - Fax (+39) 02 72235.080 - Sito internet www.bpmassicurazioni.it - Indirizzo di posta elettronica info@bpmassicurazioni.it
Indirizzo di posta elettronica certificata: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Sulla base dei dati relativi all'ultimo bilancio approvato alla data di redazione del presente fascicolo, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 26.701.078 di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 1.047.112.

Si rammenta che a seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Solvency (Direttiva Quadro 2009/138/UE che riporta i principi fondamentali del nuovo regime e Regolamento 2015/35/UE che reca previsioni di dettaglio sul nuovo regime, di recente modificato dal Regolamento delegato UE 2016/467), la Compagnia ha calcolato i nuovi *ratio* patrimoniali conformemente alla disciplina di settore. In particolare il Solvency Capital Requirement ratio è pari al 197,13%, mentre il Minimum Capital Requirement Ratio è pari al 788,50%.

Il Solvency Capital Requirement (SCR) deve riflettere e misurare il livello di capitale che consente all'impresa di assicurazione di assorbire significative perdite inattese e fornire una ragionevole

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

sicurezza agli assicurati. Rappresenta il capitale che deve esser detenuto dall'impresa di assicurazione per garantire che la stessa sia in grado di soddisfare tutti gli impegni esistenti (e a quelli che si presuppone vengano assunti nei 12 mesi successivi) su un dato orizzonte temporale con un predefinito livello di confidenza.

Il Minimum Capital Requirement (MCR) rappresenta il livello di capitale minimo al di sotto del quale l'operatività di un'impresa assicurativa presenta un rischio inaccettabile per gli assicurati, tale da rendere necessari interventi di Vigilanza più gravi.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

→ AVVERTENZA

Il contratto prevede il rinnovo tacito alla sua scadenza anniversaria. Al fine di evitare il rinnovo tacito è possibile inviare disdetta, mediante comunicazione con lettera raccomandata, entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza del contratto.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale. Per i dettagli sulle modalità di disdetta si rimanda all'Art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Si precisa che per la consultazione degli aggiornamenti alla presente Nota Informativa non derivanti da innovazioni normative, si potrà consultare il sito internet di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. www.bpmassicurazioni.it

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il prodotto Infortuni offre le garanzie assicurative di seguito riportate.

Saranno operanti esclusivamente le garanzie esplicitamente richiamate nel modulo di polizza.

- **DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO:** se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, Bipiemme Assicurazioni corrisponde ai beneficiari la somma assicurata. La garanzia è regolamentata all'Art. 1 della Parte II - Sezione Infortuni delle Condizioni di Assicurazione.

→ AVVERTENZA

La garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti delle Condizioni di Assicurazioni:
Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 3 - Esclusioni, Art. 4 - Persone non assicurabili, Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 8 - Variazioni di rischio – Cambio dell'attività professionale,
Parte II – Sezione Infortuni: Art. 1 - Decesso a seguito di infortunio,
Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri: Art. 1 - Criteri di indennizzabilità, nonché nelle definizioni del glossario.

→ AVVERTENZA

La garanzia prevede l'applicazione di un massimale di copertura, indicato nel modulo di polizza. A titolo di esempio, nel caso di infortunio che abbia per conseguenza il decesso dell'Assicurato, per un massimale di Euro 50.000, verrà liquidato ai beneficiari un indennizzo pari a questo importo.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

**→ AVVERTENZA**

La garanzia prevede un limite massimo di età assicurabile. Al riguardo si richiama l'attenzione sull'Art. 4 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

- **INVALIDITA' PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO:** Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente Bipiemme Assicurazioni liquida, a postumi stabilizzati, un indennizzo calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle franchigie previste, al massimale selezionato. L'accertamento del grado di invalidità viene effettuato con i criteri indicati nell'Appendice n° 1 del presente Fascicolo Informativo. La garanzia è regolamentata all'Art. 2 della Parte II - Sezione Infortuni delle Condizioni di Assicurazione.

→ AVVERTENZA

La garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti delle Condizioni di Assicurazioni:

Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 3 - Esclusioni, Art. 4 - Persone non

assicurabili, Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 8 - Variazioni di rischio – Cambio dell'attività professionale,

Parte II – Sezione Infortuni: Art. 2 – Invalidità permanente a seguito di infortunio,

Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri: Art. 1 - Criteri di indennizzabilità, nonché nelle definizioni del glossario.

→ AVVERTENZA

La garanzia prevede l'applicazione di franchigie e di massimali di copertura, indicati nel modulo di polizza. Di seguito si riportano alcuni esempi.

→ AVVERTENZA

La garanzia prevede un limite massimo di età assicurabile. Al riguardo si richiama l'attenzione sull'Art. 4 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

ESEMPI			
	A	B	C
IP	2%	25%	70%
FRANCHIGIA	5%		
SOMMA	Euro 50.000		
INDENNIZZO	NESSUNO ¹	Euro 10.000 ²	Euro 50.000 ³

¹ L'invalidità permanente accertata è inferiore alla franchigia, non si darà luogo quindi ad alcun indennizzo
² L'indennizzo è stato così calcolato: Euro 50.000*(25 - 5)/100 = Euro 10.000
³ L'indennizzo corrisponde all'intera somma assicurata in quanto l'IP è superiore al 60%

- **DIARIA OSPEDALIERA A SEGUITO DI INFORTUNIO:** in caso di ricovero, Bipiemme Assicurazioni corrisponde la somma assicurata indicata nel modulo di polizza per ogni giorno di degenza, **con il massimo di 300 (trecento) giorni per sinistro.** La garanzia è regolamentata all'Art. 3 della Parte II - Sezione Infortuni delle Condizioni di Assicurazione.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

→ **AVVERTENZA**

La garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti delle Condizioni di Assicurazioni:

Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 3 - Esclusioni, Art. 4 - Persone non assicurabili, Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 8 - Variazioni di rischio – Cambio dell'attività professionale,

Parte II – Sezione Infortuni: Art. 3 - Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio,

Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri: Art. 1 - Criteri di indennizzabilità, nonché nelle definizioni del glossario.

→ **AVVERTENZA:** la garanzia prevede l'applicazione di un massimale di copertura, indicato nel Di seguito si riportano alcuni esempi.

ESEMPI		
	A	B
GIORNI DI RICOVERO	150 giorni	320 giorni
DIARIA		Euro 50
MASSIMALE		300 giorni
INDENNIZZO	Euro 7.500 ¹	Euro 15.000 ²

¹ L'indennizzo è stato così calcolato: Euro 50*150 = Euro 7.500

² L'indennizzo è stato così calcolato: Euro 50*300 = Euro 15.000; 300 corrisponde al numero massimo di giorni indennizzabili.

→ **AVVERTENZA**

La garanzia prevede un limite massimo di età assicurabile. Al riguardo si richiama l'attenzione sull'Art. 4 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

- **DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE A SEGUITO DI INFORTUNIO:** in caso di infortunio che comporti l'applicazione di un mezzo di contenzione reso necessario da fratture o da lesioni legamentose articolari, Bipiemme Assicurazioni corrisponde la somma assicurata indicata nel modulo di polizza a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato per il periodo di immobilizzazione, **con il massimo di 25 (venticinque) giorni per sinistro**. La garanzia è regolamentata all'Art. 4 della Parte II - Sezione Infortuni delle Condizioni di Assicurazione.

→ **AVVERTENZA**

La garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti delle Condizioni di Assicurazioni:

Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 3 - Esclusioni, Art. 4 - Persone non assicurabili, Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 8 - Variazioni di rischio – Cambio dell'attività professionale,

Parte II – Sezione Infortuni: Art. 4 - Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio, **Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri:** Art. 1 - Criteri di indennizzabilità, nonché nelle definizioni del glossario.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

**→ AVVERTENZA**

La garanzia prevede l'applicazione di un massimale di copertura, indicato nel modulo di polizza.

Di seguito si riportano alcuni esempi.

ESEMPI		
	A	B
GIORNI DI IMMOBILIZZAZIONE	20 giorni	30 giorni
DIARIA		Euro 25
MASSIMALE		25 giorni
INDENNIZZO	Euro 500 ¹	Euro 625 ²

¹ L'indennizzo è stato così calcolato: Euro 25*20 = Euro 500
² L'indennizzo è stato così calcolato: Euro 25*25 = Euro 625; 25 corrisponde al numero massimo di giorni indennizzabili.

→ AVVERTENZA

La garanzia prevede un limite massimo di età assicurabile. Al riguardo si richiama l'attenzione sull'Art. 4 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

- **RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO:** Bipiemme Assicurazioni rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato per la cura delle lesioni causate dall'infortunio. La garanzia è regolamentata all'Art. 5 della Parte II - Sezione Infortuni delle Condizioni di Assicurazione.

→ AVVERTENZA

La garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti delle Condizioni di Assicurazioni:

Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 3 - Esclusioni, Art. 4 - Persone non assicurabili, Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 8 - Variazioni di rischio – Cambio dell'attività professionale,

Parte II – Sezione Infortuni: Art. 5 - Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio,

Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri: Art. 1 - Criteri di indennizzabilità, nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di un massimale di copertura, indicato nel modulo di polizza, nonché di specifici sottolimiti di indennizzo per alcune voci di spesa e di uno scoperto per le spese sostenute dopo il ricovero o in assenza di ricovero.

Di seguito si riportano alcuni esempi.

ESEMPI		
	A	B
SPESE DI CURA (per fisioterapia)	Euro 1.000	Euro 2.000
SCOPERTO		20%
MASSIMALE		Euro 1.500
INDENNIZZO	Euro 800 ¹	Euro 1.500 ²

¹ L'indennizzo è stato così calcolato: Euro 1.000 – Euro 200 (scoperto 20%) = Euro 800
² L'indennizzo è stato così calcolato: Euro 2.000 – Euro 400 (scoperto 20%) = Euro 1.600; l'indennizzo corrisposto sarà pari ad Euro 1.500 in quanto massimale di questa prestazione.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

**→ AVVERTENZA**

La garanzia prevede un limite massimo di età assicurabile. Al riguardo si richiama l'attenzione sull'Art. 4 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

- **INABILITA' TEMPORANEA A SEGUITO DI INFORTUNIO:** in caso di infortunio che comporti una temporanea inabilità allo svolgimento delle normali attività lavorative, certificata da prescrizione medica, Bipiemme Assicurazioni corrisponde la somma assicurata per ogni giorno del periodo di inabilità per un **periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo.**

La garanzia è regolamentata all'Art. 6 della Parte II - Sezione Infortuni delle Condizioni di Assicurazione.

→ AVVERTENZA

La garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti delle Condizioni di Assicurazioni:

Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 3 - Esclusioni, Art. 4 - Persone non assicurabili, Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 8 - Variazioni di rischio – Cambio dell'attività professionale,

Parte II – Sezione Infortuni: Art. 6 - Inabilità Temporanea a seguito di infortunio,

Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri: Art. 1 - Criteri di indennizzabilità, nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di una franchigia e di un massimale di copertura, indicati nel modulo di polizza.

Di seguito si riportano alcuni esempi.

	ESEMPI	
	A	B
GIORNI DI INABILITA' (certificata)	6 giorni	30 giorni (30 gg di Inabilità Totale)
FRANCHIGIA		10 giorni
DIARIA		Euro 25
MASSIMALE		45 giorni
INDENNIZZO	NESSUNO¹	Euro 500²

¹ I giorni di inabilità certificata sono inferiori alla franchigia, non si darà luogo quindi ad alcun indennizzo

² L'indennizzo è stato così calcolato: Indennizzo corrisposto: Euro 25*(30-10) = Euro 500

→ AVVERTENZA

La garanzia prevede un limite massimo di età assicurabile. Al riguardo si richiama l'attenzione sull'Art. 4 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

- **ASSISTENZA:** la garanzia prevede prestazioni per le emergenze che possono verificarsi a seguito di un infortunio. Per poter usufruire delle prestazioni l'Assicurato deve contattare la Centrale

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



Operativa di Blue Assistance S.p.A., tramite telefono (dall'Italia: numero verde 800-055177 - dall'estero: 0039-011-7417266).

La garanzia è regolamentata all'Art. 1 della Parte IV – Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

→ **AVVERTENZA**

La garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti delle Condizioni di Assicurazioni:

Parte IV – Assistenza: Art. 2 - Delimitazione, Art. 3 – Obblighi dell'Assicurato, Art. 4 – Mancato utilizzo delle prestazioni, nonché nelle definizioni del glossario.

→ **AVVERTENZA**

La garanzia prevede l'applicazione di specifici sottolimiti di indennizzo.

In proposito si veda l'Art. 1 della Parte IV – Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

→ **AVVERTENZA**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'Art. 7 della Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione.

→ **AVVERTENZA**

Le Condizioni di Assicurazione non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla Legge.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a Bipiemme Assicurazioni nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio nonché di variazioni della professione dell'Assicurato. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto agli Artt. 7 e 8 della Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione.

Esempio: l'Assicurato, al momento della stipula del contratto, dichiara di svolgere l'attività di impiegato amministrativo; nel corso del contratto l'Assicurato cambia attività lavorativa passando a distributore di carburante. Qualora omettesse di comunicare tale variazione e subisse un infortunio durante lo svolgimento dell'attività di distributore di carburante, l'indennizzo verrà corrisposto secondo i criteri previsti nella tabella di cui all'Art. 8 della Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione. Qualora invece l'attività professionale svolta al momento dell'infortunio sia annoverabile tra quelle comprese nell'Art. 4 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo.

6. Premi

Il premio ha cadenza annuale; tuttavia il premio può essere frazionato in rate mensili di importo non inferiore a Euro 10. Il premio pattuito è dovuto per l'intera annualità anche se è stato frazionato in rate mensili.

È possibile pagare il premio esclusivamente tramite addebito su conto corrente intrattenuto presso una delle filiali della Banca Popolare di Milano.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

→ AVVERTENZA

La Compagnia o l'Intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, la cui misura e modalità di applicazione verranno messi a disposizione presso l'Intermediario.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio e le somme assicurate non sono soggette ad indicizzazione o ad adeguamento; pertanto sia le somme assicurate che il premio di polizza non subiranno alcuna variazione in corso di contratto.

8. Diritto di recesso**→ AVVERTENZA**

Per ciascun sinistro denunciato è prevista, sia per il Contraente che per Bipiemme Assicurazioni, la facoltà di recesso dal contratto.

I termini e le modalità per esercitare tale diritto sono indicati all'Art. 10 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di 2 (due) anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

11. Regime fiscale

Al contratto si applica il trattamento fiscale italiano. Il contratto prevede una pluralità di garanzie per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le aliquote attualmente in vigore, ossia:

- Infortuni: 2,50%
- Assistenza: 10,00%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo****→ AVVERTENZA**

Per data del sinistro deve intendersi:

- per la garanzia "Decesso a seguito di infortunio", il giorno dell'infortunio;
- per la garanzia "Invalidità permanente", il giorno in cui si è verificato il sinistro che ha provocato l'inabilità;
- per la garanzia "Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio", il giorno in cui si è verificato l'infortunio che ha determinato l'intervento della garanzia;

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

- per la garanzia “Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio” la data in cui si è verificato il ricovero;
- per le garanzie “Inabilità Temporanea a seguito di Infortunio” e “Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio”, il giorno dell’infortunio.

Le Condizioni di Assicurazione prevedono che in caso di sinistro l'Assicurato deve provvedere alla denuncia dei fatti con le modalità ed entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, precisando le circostanze del sinistro ed osservando alcune prescrizioni. Si evidenzia che l'Assicurato sarà tenuto a consentire eventuali visite dei medici di Bipiemme Assicurazioni ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari per la valutazione del danno e che le spese relative a tali certificazioni mediche sono a carico dell'Assicurato stesso.

Con riguardo alla sola garanzia di Assistenza, la gestione dei sinistri è affidata alla società **Blue Assistance S.p.A.**, alla cui Centrale Operativa vanno sposte le denunce ed i cui dettagli sono posti nel preambolo della sezione Assistenza.

I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti all'Art. 3 della Parte III - Denuncia e gestione dei sinistri ed all'Art. 3 della Parte IV – Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1,

20121 MILANO Fax 02 85964440

Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it

Coloro i quali siano in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata possono inviare eventuali reclami anche all'indirizzo di posta elettronica certificata della Compagnia:

bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS

Servizio Tutela del Consumatore

Via del Quirinale, 21, 00187 Roma,

Fax 06.42.13.32.06,

utilizzando il Modulo predisposto dall'Istituto (scaricabile al seguente link:

http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf) e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia ovvero:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

La presentazione del reclamo all'IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo:

tutela.consumatore@pec.ivass.it

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

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.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

14. Arbitrato e Mediazione per la conciliazione delle controversie

→ AVVERTENZA

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato.

In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo di mediazione ai sensi del D. Lgs. 28/2010.

Per i dettagli si rinvia all'ART. 17 della PARTE I - Condizioni Generali di Assicurazione.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

15. Informazioni sull'Area Riservata del sito internet della Compagnia

Il Contraente può accedere, gratuitamente e da qualsiasi postazione internet, a un'apposita Area Riservata del sito internet della Compagnia all'interno della quale sarà possibile consultare alcune informazioni concernenti la propria posizione assicurativa, tra cui:

- le coperture assicurative in essere;
- le condizioni contrattuali sottoscritte;
- lo stato dei pagamenti dei premi.

Il Contraente può accedere all'Area Riservata direttamente dalla home page del sito internet www.bpmassicurazioni.it dove in un'apposita sezione può registrarsi inserendo il codice fiscale, un numero di polizza attiva, un indirizzo e-mail di riferimento, una username ed esprimendo il consenso al trattamento dei dati e all'eventuale attivazione dei messaggi pubblicitari sul proprio profilo. Al termine della registrazione l'Assicurato riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa.

Bipiemme Assicurazioni garantisce la tutela della riservatezza e la protezione dei dati e delle informazioni rese disponibili nell'Area Riservata.

16. Conflitto di interessi

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla circostanza che il Contratto descritto nella presente Nota Informativa è promosso e distribuito da Banca Popolare di Milano S.p.A., appartenente al Gruppo Bancario Banco BPM. Inoltre, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è controllata al 100% da Bipiemme Vita S.p.A., a sua volta partecipata al 19% da Banco BPM S.p.A. Di conseguenza, il soggetto distributore ha, direttamente o indirettamente, un proprio interesse alla promozione ed alla distribuzione del contratto, sia in virtù della partecipazione detenuta da Banco BPM S.p.A. nel capitale sociale di

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

Bipiemme Vita S.p.A., sia perché percepisce, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte delle commissioni che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. trattiene dal premio versato.

Si precisa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A., nell'adempimento dei propri obblighi derivanti dal contratto, anche in presenza di conflitto di interesse, opera in modo da non arrecare pregiudizio agli Assicurati.

La Compagnia dispone di una propria politica e di procedure operative atte a individuare e a gestire le situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

* * * * *

Si precisa che per la consultazione degli aggiornamenti alla presente Nota Informativa non derivanti da innovazioni normative, il Contraente/Assicurato potrà consultare il sito internet di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. www.bpmassicurazioni.it

La Compagnia è responsabile della veridicità, della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

L'Amministratore Delegato
Francois Josse



N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

Glossario

A	Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
	Assicurazione	Il contratto di assicurazione stipulato con Bipiemme Assicurazioni.
	Attività professionale	Attività dichiarata nel modulo di polizza svolta dall' Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione. Convenzionalmente si intende anche l'attività quotidiana svolta dagli Assicurati non lavoratori.
B	Beneficiari	I soggetti identificati in polizza ai quali spettano le prestazioni previste nel contratto.
C	Cartella clinica	Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
	Centrale Operativa	Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua che eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza previsti in polizza.
	Compagnia	Bipiemme Assicurazioni S.p.A. – Via del Lauro 1 – 20121 Milano. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, n. 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012 e ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia.
	Contraente	La persona, fisica o giuridica, che stipula il contratto con Bipiemme Assicurazioni obbligandosi a corrispondere il relativo premio.
D	Day hospital/Day surgery	Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.
F	Franchigia/Scoperto	Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa o in giorni (franchigia) o in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assicurato.
	Indennizzo	La somma dovuta da Bipiemme Assicurazioni in caso di sinistro.
I	Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche: - l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti ad immersioni subacquee con autorespiratore; - l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze,



		<ul style="list-style-type: none">- l'asfissia non dipendente da malattia;- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria;- le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.
	Intermediario	La Banca Popolare di Milano S.p.A. che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tali attività.
	Invalidità permanente	Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.
	Istituto di cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
L	Lavoratore autonomo	Per lavoratore autonomo si intende una persona fisica che debba presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente o nella quale i redditi da lavoro autonomo siano maggiori di quelli da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.
	Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
M	Massimale	La somma fino alla concorrenza della quale Bipiemme Assicurazioni presta la garanzia.
	Modulo di polizza	Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.
N	Non autosufficienza temporanea (Sezione Assistenza)	Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 (tre) delle seguenti 4 (quattro) azioni consuete della vita quotidiana: <ul style="list-style-type: none">- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
	Non lavoratori	Si intendono i soggetti individuati nella tabella 3, Appendice 2.
P	Polizza	L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.



	Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia come corrispettivo per l'assunzione dei rischi previsti dalla polizza.
	Prestazioni sanitarie	Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiale e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.
R	Residenza	Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.
	Ricovero	Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.
S	Sinistro	Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.
	Somma assicurata	Somma indicata nel modulo di polizza, da utilizzare per il calcolo dell'indennizzo previsto dalla relativa garanzia.
T	Terzi	Soggetti estranei alle Parti tra cui intercorre un rapporto giuridico.
	Trattamenti riabilitativi	Insieme di trattamenti terapeutici manuali o strumentali, prescritti dal medico curante, volti al recupero della funzionalità ed eseguiti da personale autorizzato e riconosciuto dall'ordinamento vigente come appartenente alle professioni sanitarie.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016)

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

A. NATURA DEI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

A.1 FINALITÀ CONNESSE ALLA GESTIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO/CONTRATTUALE

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Società da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, quali, a titolo esemplificativo:

- attività preliminari (quali la stesura di preventivi);
- stipula di polizze assicurative, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative indagini e/o azioni legali;
- costituzione, esercizio o difesa dei diritti della Società;
- adempimento a specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa sui sinistri);
- attività statistico-tariffarie e di profilazione della clientela;
- verifica e monitoraggio dei rischi finanziari.

Per la fornitura di tali servizi, la Società deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

A.2 FINALITÀ CONNESSE AD ATTIVITÀ PROMOZIONALI E/O DI MARKETING

La Società può chiedere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali al fine conoscere il gradimento in ordine alla qualità dei servizi offerti, rilevare i Suoi fabbisogni assicurativi e tenerLa aggiornato sulle nuove proposte commerciali e/o attività promozionali promosse dalla Società o da società del gruppo di appartenenza della stessa, anche tramite questionari, posta ordinaria, telefono, messaggi del tipo sms o di altro tipo.

Tali finalità sono connesse, ma non indispensabili, alle finalità di cui alla lettera A.1 della presente informativa.

Il consenso ai trattamenti in questione è facoltativo e il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la possibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee

modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Società potrà utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.

C. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati alla lettera D della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c..

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

D. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento o la rettifica in caso di inesattezza;
- le finalità e modalità del trattamento;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via del Lauro n. 1, 20121 Milano – e-mail: privacy@bpmvita.it.

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via del Lauro n. 1, 20121 Milano.

Condizioni di Assicurazione

L'assicurazione è disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione nonché da quanto riportato nel modulo di polizza. I termini utilizzati nelle seguenti Condizioni di Assicurazione hanno il significato attribuito ai medesimi nel Glossario allegato al Fascicolo Informativo di cui le presenti Condizioni di Assicurazione formano parte integrante.

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

ART. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante, fatte salve le esclusioni di cui all'**Art. 3 – Esclusioni** della presente Parte I, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative all'attività professionale dichiarata nel modulo di polizza o nella vita di relazione e nel tempo libero.

Qualora l'Assicurato svolga più attività professionali dovrà dichiarare quella relativa alla classe di rischio più alta.

Ai sensi del presente contratto sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo **Art. 3 - Esclusioni**, anche:

- a. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione;
- b. le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- c. l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- d. l'asfissia non dipendente da malattia;
- e. le conseguenze, obiettivamente constatabili di morsi o punture di vegetali e di insetti, **esclusa comunque la malaria;**
- f. le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.

Fatto salvo quanto espressamente previsto per la sola garanzia "Assistenza" all'Art. 2 della Parte IV, l'assicurazione comprende inoltre gli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da:

- g. imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- h. stato di malore o incoscienza;
- i. atti di terrorismo o tumulti popolari purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- j. atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- k. stato di guerra (dichiarata o di fatto), se ed in quanto viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. **La garanzia opera per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità.**

ART. 2. VALIDITÀ TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole coperture, l'assicurazione vale in tutto il mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in euro; resta salvo quanto previsto all'articolo precedente, lettera k.

Per la sola garanzia Assistenza le prestazioni sono operanti esclusivamente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

ART. 3. ESCLUSIONI

Bipiemme Assicurazioni non indennizza gli infortuni derivanti da:

- a. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore al limite previsto dalla normativa vigente aumentato del 50%, sanzionabile ai sensi dell'art. 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;
- b. stato di ubriachezza e/o ebbrezza, abuso di farmaci;
- c. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- d. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- e. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dai beneficiari, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;
- f. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani;
- g. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- h. guerra (dichiarata e non) - salvo quanto previsto all'Art.1 - Oggetto dell'assicurazione della presente Parte I - insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente od indirettamente da atti terroristici
- i. guida di mezzi subacquei;
- j. viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;
- k. viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- l. pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- m. pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili); pratica di bungee jumping;
- n. partecipazione a gare e/o prove motoristiche e motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
- o. partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- p. la pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: lotta e arti marziali nelle loro forme, immersione con autorespiratore, pugilato, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, bobslettino-skeleton praticati su pista, bobsleigh (guidoslitta), alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciaio di difficoltà superiore al 3° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo/free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



- q. la partecipazione, in qualità di tesserato e sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive o di associazioni ad esse equiparabili, nonché degli Enti di Promozione Sportiva, a corse, gare e/o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante;
- r. atti di temerarietà (fatta eccezione per quanto stabilito all'Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione della presente Parte I);
- s. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- t. da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, in quanto conseguenze indirette di esso.

Sono comunque esclusi gli infarti e le ernie, le lesioni determinate da sforzo e da tendinopatie croniche (a titolo esemplificativo e non esaustivo: strappi muscolari, lesioni alla cuffia dei rotatori, lesioni al tendine calcaneare), salvo quanto previsto all'Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione della presente Parte I).

ART. 4. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone:

- a. che nel corso di validità del contratto superino il 75° anno di età; resta inteso che qualora l'Assicurato compia il 75° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa, cessa alla prima scadenza annua successiva;
- b. affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate; da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere.

Parimenti la sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto sono causa di cessazione dell'assicurazione; i premi eventualmente incassati successivamente a tale variazioni saranno restituiti al Contraente e la Compagnia potrà recedere dal contratto con effetto immediato.

Inoltre, non sono assicurabili le persone che svolgano le seguenti attività professionali:

- c. missionario, guardia giurata, guardia campestre, guardia forestale, custode notturno armato, portavalori, vigile del fuoco, armaiolo, minatore, speleologo, archeologo, insegnante di alpinismo, guida alpina, sportivo professionista, ballerino professionista, fantino, palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, allevatore non ricompreso nell'Appendice 2, acrobata, giostraio, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, Forze Armate e dell'Ordine.

Qualora venga stipulata una polizza per un Assicurato rientrante nell'elenco sopra descritto, la polizza verrà annullata e i premi, al netto delle imposte, saranno restituiti al Contraente.

Parimenti il verificarsi di un cambio di attività professionale verso professioni sopra elencate in corso di contratto sono causa di cessazione dell'assicurazione; i premi eventualmente incassati successivamente a tale variazioni saranno restituiti al Contraente e la Compagnia potrà recedere dal contratto con effetto immediato.

ART. 5. Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto esclusivamente presso una delle filiali della Banca Popolare di Milano. Il premio verrà addebitato annualmente in un'unica soluzione; è comunque data facoltà, per una rata di premio lordo di importo non inferiore a Euro 10, di provvedere al pagamento del premio con cadenza mensile. La relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza.

Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare, il Contraente si obbliga a comunicare alla filiale che ha emesso il contratto le modifiche da apportare per il corretto addebito del premio purché le nuove coordinate si riferiscano sempre ad un conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca Popolare di Milano. Se ciò non dovesse verificarsi, il contratto si intende risolto a far data dalla prima scadenza anniversaria successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta. **Nel caso il Contraente abbia optato per il pagamento del premio con frazionamento mensile, al momento della chiusura del conto dovranno essere corrisposte le residue rate di premio relative al periodo assicurativo annuo in corso.**

L'assicurazione ha decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato sul modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti, se successivo, ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

In caso di mancato pagamento dei premi alle scadenze convenute, anche nell'ipotesi in cui l'addebito dei relativi importi non possa essere effettuato per insufficienza di fondi sul conto corrente, l'assicurazione si intende sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento; resta inteso che al momento della riattivazione verranno addebitati i premi relativi al periodo di sospensione, ferme le successive scadenze.

ART. 6. Durata del contratto e tacito rinnovo

La presente polizza ha durata annuale.

In mancanza di disdetta, da comunicarsi tra le Parti almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un ulteriore anno e così di seguito. Per esercitare tale diritto, il Contraente dovrà inviare alla Compagnia disdetta attraverso raccomandata A/R oppure dovrà presentarsi nella filiale della Banca Popolare di Milano presso la quale è stata emessa la polizza, facendone espressa richiesta.

ART. 7. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 8. Variazioni di rischio – Cambio dell'attività professionale

Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Compagnia di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del **rischio con particolare riferimento al cambiamento dell'attività professionale dichiarata, delle relative**

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



condizioni di esercizio dell'attività medesima ovvero con riferimento alla delimitazione del rischio assicurato in base a quanto previsto agli artt. 1897 e 1898 Codice Civile.

La mancata comunicazione di cui sopra può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo; tale perdita è determinata in base alla classificazione dei rischi adottata dalla Compagnia e riportata nell'Appendice 2 - Elenco attività professionali per classe di rischio infortuni. In particolare:

- l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto in misura integrale, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde una classe uguale o inferiore a quella dichiarata;
- l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto nella percentuale indicata nella tabella sottostante, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata;

		Attività professionale indicata nel modulo di polizza		
		Classe I	Classe II	Classe III
Attività professionale al momento del sinistro	Classe I	100%	100%	100%
	Classe II	85%	100%	100%
	Classe III	65%	75%	100%
	Attività non assicurabile	0	0	0

- se l'attività professionale dell'Assicurato al momento del sinistro rientra tra le attività di cui all'Art. 4 - Persone non assicurabili della presente Parte I, lettera c., la Compagnia ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 (quindici) giorni;
- non sarà corrisposto alcun indennizzo relativo alla garanzia Inabilità Temporanea se l'attività professionale svolta al momento del sinistro è tale per cui la garanzia suddetta non risulta acquistabile; resta inteso che la Compagnia procederà alla restituzione del premio pagato per questa garanzia al Contraente, al netto delle imposte.

Nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica, è fatto obbligo al Contraente stesso di comunicare un'eventuale cessazione del rapporto lavorativo in corso con l'Assicurato; la polizza cessa automaticamente la sua efficacia alla data della risoluzione del rapporto lavorativo e Bipiemme Assicurazioni provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto al netto delle imposte.

ART. 9. Altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni.

ART. 10. Recesso dal contratto

Dopo ciascun sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Compagnia possono recedere dal contratto con preavviso di 30 (trenta) giorni da inviarsi attraverso lettera raccomandata A/R. Qualora tale facoltà sia esercitata dalla Compagnia, la stessa rimborsa al Contraente, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 11. Rinuncia alla rivalsa

Qualora l'infortunio subito dall'Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia all'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 del Codice Civile.

ART. 12. Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

ART. 13. Oneri Fiscali

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente contratto di assicurazione sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

ART. 14. Legislazione applicabile e rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla Legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge in materia di assicurazioni private.

ART. 15. Forma delle comunicazioni fra le Parti

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno essere effettuate per iscritto a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro, 1
20121 Milano

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente.

ART. 16. Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente contratto, foro competente sarà quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente o dell'Assicurato se persona fisica e/o suoi aventi causa, oppure ha la sede legale, se persona giuridica.

ART. 17. Arbitrato e Mediazione per la conciliazione delle controversie

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

- **mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;**
- **mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto precedente, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico**

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Qualora una delle Parti del presente contratto intenda agire in giudizio per una controversia avente ad oggetto gli obblighi contrattuali dovrà preliminarmente esperire la procedura di mediazione obbligatoria prevista dal D. Lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

In tal caso, la richiesta, depositata presso uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso depositata presso un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia, dovrà essere fatta pervenire a Bipiemme Assicurazioni S.p.A. – Servizio Legale e Societario – Via del Lauro 1, 20121 Milano, oppure a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

PARTE II – Sezione Infortuni

Bipiemme Assicurazioni presta le garanzie sotto indicate solo se esplicitamente richiamate nel modulo di polizza e dietro corresponsione del relativo premio. Restano ferme le limitazioni riportate nella Parte I.

ART. 1. Decesso a seguito di infortunio

Se l'Assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata indicata nel modulo di polizza. **L'indennizzo non è cumulabile con quello per Invalidità permanente**; tuttavia se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente, ma entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata dopo 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 58, 60 e 62 del Codice Civile. Se risulta che l'Assicurato è vivo dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo, quest'ultima ha diritto alla restituzione da parte dei beneficiari, della somma loro pagata. L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

1.1. Commorienza dei coniugi

Qualora, a causa del medesimo infortunio, consegua la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, la Compagnia liquida agli eventuali figli minori conviventi o figli riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 66%, qualora rientrassero tra i beneficiari indicati in polizza, la somma agli stessi spettante per il caso di morte aumentata del 50%.

1.2. Morte da incidente stradale

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di incidente stradale la Compagnia liquida agli eventuali figli minori conviventi o figli riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 66%, qualora rientrassero tra i beneficiari indicati in polizza, l'indennizzo previsto per il caso di morte maggiorato del 50%.

1.3. Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Compagnia liquida agli eventuali figli minori conviventi o figli riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 66%, qualora rientrassero tra i beneficiari indicati in polizza, l'indennizzo previsto per il caso di morte maggiorato del 50%.

Gli indennizzi previsti agli articoli precedenti 1.1, 1.2 e 1.3 non sono cumulabili.

ART. 2. Invalidità permanente a seguito di infortunio

La Compagnia garantisce un indennizzo per le conseguenze di un infortunio che comporti una Invalidità permanente dell'Assicurato, se questa si verifica **entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza e fatto salvo quanto previsto alla Sezione "Denuncia e gestione dei sinistri", Art. 1 - Criteri di indennizzabilità.**

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



L'indennizzo viene corrisposto per la somma assicurata indicata sul modulo di polizza e diminuito della franchigia assoluta ivi riportata.

La somma assicurata rappresenta il massimo importo indennizzabile; pertanto, in relazione alla garanzia Invalidità permanente a seguito di infortunio, l'indennizzo relativo ad uno o più sinistri non potrà essere maggiore della somma medesima.

La corresponsione dell'intera somma assicurata implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione del contratto.

Qualora l'invalidità accertata sia pari o maggiore del 60%, verrà liquidata l'intera somma assicurata per invalidità totale indicata nel modulo di polizza (senza applicazione di alcuna franchigia). Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965 N.1124) allegate alle presenti Condizioni di Assicurazioni di cui all'Appendice 1 della presente Fascicolo Informativo.

L'accertamento dell'Invalidità Totale Permanente a seguito di infortunio deve essere effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia non prima di 6 mesi e non oltre i 18 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio che l'ha provocata.

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio liquidabile a termini di polizza prima dell'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, sarà erogata a favore dei Beneficiari la prestazione prevista per il caso di decesso.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'infortunio nelle more dell'accertamento dello stato di Invalidità Totale Permanente e prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza

- l'importo offerto

oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia sulla base della documentazione fornita con le modalità e nei termini stabiliti dal presente articolo e dell'Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. **della Parte III – Denuncia e gestione dei sinistri.**

In ogni caso, alla Compagnia dovrà esser consegnata la documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

ART. 3. Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio, la Compagnia corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata nel modulo di polizza per ogni giorno di degenza in day hospital/day surgery o per ogni pernottamento a partire dal primo giorno **e con il massimo di 300 (trecento) giorni per sinistro (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno qualunque sia l'orario di entrata e di uscita dell'Assicurato).**

ART. 4. Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio

Qualora un infortunio comporti applicazione di un mezzo di contenzione reso necessario da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari degli arti diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, la Compagnia corrisponde la

somma indicata nel modulo di polizza a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato per il periodo di immobilizzazione, **per un massimo di 25 (venticinque) giorni per ogni sinistro occorso.**

La garanzia è operante anche per fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione, **purché sia resa necessaria permanenza continuativa a letto certificata da Ente Ospedaliero Pubblico.**

Qualora all'infortunio consegua una lesione distorsiva articolare senza interessamento dei legamenti **certificata da Ente Ospedaliero Pubblico**, che comporti l'applicazione di mezzo di contenzione non amovibile per almeno 20 (venti) giorni consecutivi, Bipiemme Assicurazioni riconosce un indennizzo forfettario pari a 10 volte la diaria assicurata.

La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un mezzo di contenzione, la diaria da immobilizzazione verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

L'indennizzo per "Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio" non è cumulabile con quello per "Inabilità Temporanea a seguito di infortunio". La Compagnia liquiderà solo la prestazione più a favore per l'Assicurato.

La garanzia è operante soltanto per i periodi di immobilizzazione trascorsi negli stati europei e in quelli africani ed asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

ART. 5. Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio

La Compagnia per la cura delle lesioni determinate dal medesimo infortunio dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza rimborsa, **fino alla concorrenza del massimale assicurato** indicato nel modulo di polizza, le spese sostenute:

- **In caso di ricovero e successive allo stesso**

Durante il ricovero:

- prestazioni sanitarie, trattamenti riabilitativi, diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali, cure e protesi dentarie.

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia, in sostituzione del rimborso, corrisponde **una diaria pari a Euro 100,00 per ogni giorno di degenza, fino ad un massimo di 50 (cinquanta) giorni per sinistro.**

Successive al ricovero:

- prestazioni sanitarie;
- trattamenti riabilitativi;
- cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio;
- acquisto di protesi anatomiche; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
- noleggio o acquisto (**con il limite per l'acquisto di Euro 1.500,00 per sinistro**) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

Le spese indicate al presente capo sono rimborsate detraendo uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 50,00 per sinistro – che resta a carico dell'Assicurato. Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative al ticket, la Compagnia rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione di alcuno scoperto.

- **In assenza di ricovero**

- prestazioni sanitarie;
- noleggio o acquisto (**con il limite per l'acquisto di Euro 1.500,00 per sinistro**) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche;
- acquisto di protesi anatomiche; **non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;**
- cure e protesi dentarie, di cui sia accertato l'infortunio da referto del pronto soccorso pubblico **fino alla concorrenza di Euro 2.500,00;**
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi **fino alla concorrenza di Euro 1.500,00.**

Le prestazioni sopra riportate saranno operative solo se effettuate nei 180 (centottanta) giorni successivi all'infortunio.

Le spese indicate al presente capo sono rimborsate **detraendo uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 50,00 per sinistro - che resta a carico dell'Assicurato.** Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative al ticket, la Compagnia **rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto.**

ART. 6. Inabilità Temporanea a seguito di infortunio (garanzia acquistabile dai soli Assicurati Lavoratori Autonomi)

Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza l'Inabilità Temporanea dell'Assicurato, la Compagnia liquida la somma riportata nel modulo di polizza per ogni giorno di inabilità **dopo l'applicazione della franchigia ivi indicata, per un periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo**, secondo le seguenti modalità:

- a. integralmente per ogni giorno di Inabilità Temporanea totale in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie attività lavorative;
- b. al 50% per ogni giorno di Inabilità Temporanea parziale in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette attività lavorative.

La presente garanzia non è cumulabile con le garanzie "Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio" e "Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio"; nel caso in cui l'infortunio comporti l'intervento di queste garanzie, la Compagnia liquida per prima la garanzia "Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio" e successivamente al ricovero quella di maggior favore per l'Assicurato.

La garanzia è operante soltanto per i periodi di inabilità trascorsi negli stati europei e in quelli africani ed asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

ART. 1. Criteri di indennizzabilità

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

- a. non sono indennizzabili gli infortuni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, in quanto conseguenze indirette di esso;
- b. se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- c. con particolare riferimento alla garanzia Invalidità permanente, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui all'Appendice 1, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 2. Data del sinistro

Fermo quanto previsto al successivo Art. 3, per "data del sinistro" si intende:

- per la garanzia "Decesso a seguito di infortunio", il giorno dell'infortunio;
- per la garanzia "Invalidità permanente", il giorno in cui si è verificato il sinistro che ha provocato l'inabilità;
- per la garanzia "Rimborso delle Spese di Cura", il giorno in cui si è verificato l'infortunio che ha determinato l'intervento della garanzia;
- per la garanzia "Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio" la data in cui si è verificato il ricovero;
- per le garanzie "Inabilità Temporanea a seguito di Infortunio" e "Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio", il giorno dell'infortunio.

ART. 3. Denuncia dell'infortunio ed obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi causa deve darne avviso alla Compagnia **entro 10 (dieci) giorni dal sinistro** componendo i seguenti numeri di telefono:

**Numero Verde 800.055.177 (per Italia),
Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),**

contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00.

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, l'Assicurato dovrà altresì inviare il Modulo di denuncia del sinistro, debitamente compilato in ogni sua parte e disponibile nelle filiali del Gruppo Banca Popolare di Milano o sul sito internet www.bpmassicurazioni.it, mediante lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo:

**Bipiemme Assicurazioni
c/o BLUE ASSISTANCE S.P.A.
Via Santa Maria, 11
10122 – TORINO**

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



Decesso da infortunio

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento.

In caso di Decesso dell'Assicurato, i beneficiari devono presentare:

- **Copia del Verbale delle Autorità eventualmente intervenute;**
- **Copia del referto autoptico o del riscontro diagnostico, se eseguiti;**
- **Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;**
- **Certificato di morte rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;**
- **Certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;**
- **Atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **Decreto del giudice tutelare** che autorizzi la liquidazione ed esoneri Bipiemme Assicurazioni circa il reimpiego della quota spettante al minorenni, **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i beneficiari;**
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Invalidità permanente a seguito di infortunio

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento; **essa deve essere corredata dalla copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti. Successivamente l'Assicurato deve inviare i certificati medici sul decorso delle lesioni.**

L'Assicurato deve inoltre presentare:

- **Copia del referto del Pronto Soccorso;**
- **Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica, nel caso vi sia stato ricovero, relativa all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;**
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

L'accertamento di eventuali postumi di invalidità permanente da infortunio verrà effettuato in Italia.

Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento.

Per ottenere il rimborso delle Spese di Cura l'Assicurato deve presentare

- **I documenti di spesa in originale;**
- **Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero e i relativi giustificativi.**

La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione o ente, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'assicuratore o dall'ente.

Per ottenere il rimborso delle spese relative a cure e protesi dentarie in assenza di ricovero di cui all'Art. 5, "Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio", della Parte II – Sezione Infortuni, l'Assicurato deve presentare, oltre ai documenti di spesa in originale e alla documentazione medica, anche il referto del Pronto Soccorso pubblico.

L'Assicurato deve acconsentire alla visita dei medici di Bipiemme Assicurazioni ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio - Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio - Inabilità Temporanea a seguito di infortunio

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento **allegando:**

- **La documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;
- **Copia del referto del Pronto Soccorso.**

Per ottenere il rimborso l'Assicurato deve:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Bipiemme Assicurazioni o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Per la garanzia "Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio" i certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'inabilità dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.

Per la garanzia "Diaria da Immobilizzazione a seguito di infortunio", se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle franchigie eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. La natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata (applicazione e rimozione) devono essere provati da cartella clinica o da documento equivalente rilasciato dall'Istituto di Cura o dal medico che ha effettuato l'operazione di immobilizzazione (applicazione o rimozione); la permanenza continuativa a letto a seguito di frattura e le lesioni distorsive articolari senza interessamento dei legamenti devono essere certificate da Ente Ospedaliero Pubblico. I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'immobilizzazione dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Bipiemme Assicurazioni possa stabilire una data anteriore.

Per la garanzia "Inabilità Temporanea a seguito di infortunio", se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle franchigie eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. L'inabilità deve risultare da certificazione medica attestante l'infortunio e la relativa prognosi; l'Assicurato deve pertanto fornire un certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa dell'attività lavorativa ed eventuale certificato di ricovero in Istituto di cura. Dopo il primo certificato, se alla sua scadenza l'inabilità permane, la certificazione del medico deve essere rinnovata; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore, come verificato a seguito di accertamenti.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

ART. 4. Liquidazione e pagamento

Bipiemme Assicurazioni, ricevuta la necessaria documentazione, compiuti gli accertamenti del caso e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 (trenta) giorni al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile ai beneficiari, fatta salva l'eventuale cessione di beneficio espressamente sottoscritta nel modulo di polizza da parte dell'Assicurato.

Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite – prima che l'indennizzo sia stato pagato, Bipiemme Assicurazioni liquida ai beneficiari:

- l'importo già concordato, o in alternativa,
- l'importo offerto, o in alternativa,
- l'importo offribile all'Assicurato, in base alle Condizioni di polizza.

Relativamente alla garanzia “Decesso da infortunio”, nel caso in cui i beneficiari designati risultino di numero superiore ad uno, l'ammontare della liquidazione verrà suddiviso in parti uguali fra tutti i beneficiari, salvo l'espressa indicazione di percentuali diverse da parte del Contraente, non trovando applicazione la disciplina successoria.

Nell'ipotesi di designazione a beneficiari degli eredi (sia legittimi sia testamentari), ai fini del presente contratto e agli effetti della relativa liquidazione, si intenderanno quali beneficiari i soggetti che rivestano, al momento della morte dell'Assicurato la qualità di chiamati all'eredità di costui, risultando irrilevanti, al fine, la successiva rinuncia o accettazione dell'eredità da parte degli stessi.

Qualora, per qualsiasi ragione, risulti mancante la designazione dei beneficiari per il caso di decesso da infortunio, si intenderanno come tali l'erede o gli eredi testamentari (in parti uguali), ovvero, in mancanza, gli eredi legittimi in parti tra loro uguali. Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.

Relativamente alla garanzia “Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio” - Durante il ricovero, di cui all'Art. 5 della Parte II – Sezione Infortuni (spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale) in caso di ricovero non in day hospital/day surgery, per il pagamento della diaria si tiene conto del numero dei pernottamenti.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'Assicurato per certificati o per visite medico legali non richieste dalla Compagnia ai fini della liquidazione del sinistro.

La Compagnia restituisce gli originali dei documenti giustificativi delle spese, unitamente all'indicazione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, delle distinte, delle ricevute e delle fatture per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, previa presentazione di copia del documento giustificativo a dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

PARTE IV – ASSISTENZA

La Compagnia presta il servizio di assistenza tramite una struttura organizzativa esterna in conformità al Regolamento Isvap n. 12 del 9 gennaio 2008 ed eroga le prestazioni di assistenza attraverso la Centrale Operativa di Blue Assistance S.p.A., attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di infortunio verificatosi durante il periodo di validità della polizza, la Compagnia fornisce le prestazioni di assistenza indicate al successivo articolo 1 – Prestazioni assicurate.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di

BLUE ASSISTANCE S.P.A.

Via Santa Maria, 1

10122 – Torino

funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile chiamando i numeri

800.055.177 (dall'Italia)

+39.011.74.172.66 (dall'estero)

Comunicando:

- a) le proprie generalità,
- b) il numero di polizza,
- c) il tipo di assistenza richiesta,
- d) il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indennizzo, anche temporaneo.

ART. 1. Prestazioni assicurate

Le prestazioni seguenti si intendono operanti presso la residenza/domicilio in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

1.1. Consigli medici e farmaceutici telefonici

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**

Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

1.2. Invio di un medico generico o di un'ambulanza

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza/domicilio **nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24**, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, provvede ad inviare un medico presso la residenza/domicilio.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nel più vicino Istituto di Cura mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

1.3. Trasferimento in Istituti di Cura specializzati

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso un Istituto di Cura specializzato per essere ricoverato, anche al di fuori della propria regione di residenza/domicilio, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario**, provvede a:

- individuare e prenotare l'Istituto di Cura specializzato in Italia;
- organizzare i contatti medici.

E trasferisce l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando un'autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

1.4. Consegna farmaci

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di infortunio, **che comporti una permanenza a letto per almeno 3 (tre) giorni, certificata da prescrizione medica** - la Centrale Operativa **per un periodo massimo di 3 (tre) settimane successive al sinistro**, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, **purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia**, nonché gli estremi per il recapito. **La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali.** L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico di Bipiemme Assicurazioni.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

1.5. Consegna spesa

Qualora l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di infortunio, **che comporti una permanenza a letto per almeno 5 (cinque) giorni, certificati da prescrizione medica** - la Centrale Operativa provvede a garantire, **per un periodo di 30 (trenta) giorni successivi al sinistro**, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a 2 (due) volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.

L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico di Bipiemme Assicurazioni.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.



1.6. Fornitura di attrezzature medico - chirurgiche

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da un Istituto di Cura in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio, richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle,
- sedia a rotelle,
- letto ortopedico,
- materasso antidecubito,

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 (novanta) giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico di Bipiemme Assicurazioni.

Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Bipiemme Assicurazioni provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di Euro 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

1.7. Consegna documenti

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di infortunio, **che comporti una permanenza a letto di almeno 3 (tre) giorni - certificati da prescrizione medica** – ed abbia la necessità di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza**, la Centrale Operativa **per un periodo di 3 (tre) settimane successive al sinistro**, provvede a garantire la consegna dei documenti.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.

La consegna potrà avvenire - **nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana**, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico di Bipiemme Assicurazioni.

1.8. Invio di una collaboratrice domestica

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza/domicilio, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto di almeno 5 (cinque) giorni certificata da prescrizione medica**, la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Bipiemme Assicurazioni **fino a un massimo di 12 (dodici) ore**.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 (quattro) o 6 (sei) ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 (tre) giorni di anticipo**.

ART. 2. Delimitazione

Bipiemme Assicurazioni non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

- guerre, insurrezioni, occupazioni militari;

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- infortuni derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore.

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie.

ART. 3. Gestione del sinistro

3.1. Obblighi dell'Assicurato

Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:

- fornire ogni informazione richiesta;**
- sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- produrre**, se richiesta dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa, **a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

Bipiemme Assicurazioni ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova del sinistro che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento e in ogni caso eventuali eccezioni.

3.2. Mancato utilizzo delle prestazioni

Bipiemme Assicurazioni non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi. Bipiemme Assicurazioni non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

APPENDICE N°1

TABELLA INAIL DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE (Allegato n°1 al D.P.R. 30.06.1965, n. 1124)

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	DX	SX
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva: vedasi la tabella seguente

VISUS PERDUTO	VISUS RESIDUO	ACUTEZZA DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MINORE (occhio peggiore)	ACUTEZZA DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MAGGIORE (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

Note:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso di diversa valutazione è riferita al visus naturale;
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di rifrazione;
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo;
- In caso di afachia monolaterale:

- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
- con visus corretto di 7/10	18%
- con visus corretto di 6/10	21%
- con visus corretto di 5/10	24%
- con visus corretto di 4/10	28%
- con visus corretto di 3/10	32%

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente



- con visus corretto inferiore a 3/10 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	DX	SX
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria		
a) Con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) Senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	-	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio		
b) Per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
c) Per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita di una mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) In semipronazione	30%	25%
b) In pronazione	35%	30%
c) In supinazione	45%	40%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%



Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) In semipronazione	40%	35%
b) In pronazione	45%	40%
c) In supinazione	55%	50%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) In semipronazione	22%	18%
b) In pronazione	25%	22%
c) In supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito del piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i 5 centimetri	11%	

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo.

È inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

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

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici 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.

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

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente

APPENDICE N°2

ELENCO ATTIVITA' PROFESSIONALI

Tabella 1 - LAVORATORI AUTONOMI

COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
A001	Commercianti – Negozianti con sola attività di vendita	1
A002	Commercianti – Negozianti con attività di vendita ed attività manuali correlate (ad es. carico e scarico colli)	2
A003	Libero professionista con sola attività in studio	1
A004	Libero professionista con anche missioni esterne e/o lavoro manuale e/o accesso a cantieri	3
A005	Medico, Paramedico (Operatore Socio Sanitario), Personale infermieristico	2
A006	Giornalista	2
A007	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
A008	Imprenditore o Artigiano settore edilizia, Decoratore	3
A009	Imprenditore o Artigiano settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
A010	Imprenditore o Artigiano settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), Marinai	3
A011	Imprenditore o Artigiano settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
A012	Imprenditore o Artigiano settore meccanico	3
A013	Imprenditore o Artigiano con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
A014	Idraulici, Elettricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
A015	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri, Autisti, Auto funebri, Tassisti	3
A016	Distributori di carburanti	3
A017	Imprenditori o Artigiani altri settori (rispetto alle voci precedenti)	2
A018	Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori	2

Tabella 2 - LAVORATORI NON AUTONOMI

COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
B001	Commessi con sola attività di vendita	1
B002	Commessi con attività di vendita ed attività manuali correlate (ad es. carico e scarico colli)	2
B003	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con sola attività amministrativa	1
B004	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con anche missioni esterne e/o lavoro manuale e/o accesso a cantieri	3
B005	Medico, Paramedico, Personale infermieristico	2
B006	Giornalista	2
B007	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
B008	Operai imprese settore edilizia, Decoratore	3
B009	Operai imprese settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
B010	Operai imprese settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), marinai	3
B011	Operai imprese settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
B012	Operai imprese settore meccanico	3
B013	Dipendenti con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3



B014	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
B015	Operai imprese settore trasporti (Autisti, Corrieri, Pony Express, Postini, Macchinisti, Tassista, Auto funebri...)	3
B016	Distributori di carburante	3
B017	Addetti altri settori	2
B018	Insegnanti	1
B019	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	1
B020	Lavoratori domestici	2
B021	Lavoratori in cooperative	2
B022	Assistenti sociali	2

Tabella 3 - NON LAVORATORI

COD	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
C001	Studenti	2
C002	Casalinghe	2
C003	Pensionati	1
C004	Disoccupati	2
C005	Benestanti	2

Tabella 4 - PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Missionario
Guardia giurata, Guardia campestre, Guardia forestale
Custode notturno armato
Portavalori
Vigili del fuoco, Forze Armate e Forze dell'Ordine
Armaiolo
Minatore, Speleologo, Archeologo, Palombaro, Sommozzatore
Insegnante di alpinismo, Guida alpina
Sportivi professionisti
Ballerini professionisti
Fantino
Stuntman
Attività circense, Acrobati, Giostrai
Allivatori non ricompresi nelle precedenti Tabelle 1 e 2
Attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico

N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente