



Polizza Infortuni

Contratto di assicurazione di tipo individuale
Fascicolo Informativo ed. 09/2014

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA BIPIEMME ASSICURAZIONI S.p.A.

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP¹ n.35 del 26 maggio 2010)

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.**

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, 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.

Telefono (+39) 02 72235.081 - Fax (+39) 02 72235.080 - Sito internet www.bpmassicurazioni.it - Indirizzo di posta elettronica info@bpmassicurazioni.it.

2) **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

Al 31/12/2013, il Patrimonio Netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 16.989.805 di cui il capitale sociale ammonta a Euro 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a Euro 4.751.699.

L'indice di solvibilità - dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente – è pari al 230,89%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto prevede il rinnovo tacito alla sua scadenza anniversaria.

AVVERTENZA: 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.

¹ Con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135 è stato istituito l'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - che è succeduto in tutti i poteri funzioni e competenze dell'ISVAP.

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

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 – limitazione ed esclusioni

Il prodotto Infortuni offre le garanzie assicurative di seguito riportate.

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

GARANZIE INFORTUNI:

- **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.*

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.

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. 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.

| ESEMPI | | | |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | A | B | C |
| IP | 2% | 25% | 70% |
| FRANCHIGIA | 5% | | |
| SOMMA ASSICURATA PER IP | 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%

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 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.

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 modulo di polizza.

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

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.

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.

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.

- **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. | | |

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.

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. 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 | NESSUNO ¹ | Euro 500 ² |
| 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.

GARANZIA 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 Operativa** di Blue Assistance, 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.

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

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. 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.

E' possibile pagare il *premio* esclusivamente tramite addebito su conto corrente intrattenuto presso una delle filiali del Gruppo Banca Popolare di Milano.

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.

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

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;
- 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 sporte 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.

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

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

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 all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore – Sezione Tutela degli Assicurati, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

Il reclamo – da inviarsi direttamente all'IVASS al recapito sopra indicato – deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi: il nome, cognome e domicilio del reclamante; l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato; la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa. Al reclamo trasmesso all'IVASS dovrà essere allegata copia del reclamo presentato alla *Compagnia* e dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte il reclamante, avente il domicilio in Italia, può presentare il reclamo:

- direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET;
- all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

14) Arbitrato

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'Assicurato.

**AVVERTENZA: In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
Per i dettagli si veda il punto 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.

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

Al termine della registrazione il *Contraente* riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa. Nel caso di sottoscrizione di contratti in forma collettiva in cui gli Aderenti/Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono portatori di un interesse alla prestazione, l'accesso all'Area Riservata è consentito anche agli stessi.

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 del Contraente/Assicurato sulla circostanza che la *Compagnia* Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è controllata al 100% dalla *Compagnia* Bipiemme Vita S.p.A., a sua volta partecipata al 19% dalla Banca Popolare di Milano S.c.a r.l., capogruppo del Gruppo Bipiemme. La *Compagnia* Bipiemme Assicurazioni S.p.A. non detiene partecipazioni dirette o indirette del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna delle Società del Gruppo Bipiemme.

Le Società del Gruppo Bipiemme hanno, seppur indirettamente, un proprio interesse alla promozione ed alla distribuzione del contratto in virtù del suddetto rapporto partecipativo.

Con riguardo al contratto proposto, si segnala che l'*Intermediario*, in virtù di un obbligo contrattuale è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di assicurazione di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. e percepisce, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte dei costi che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. trattiene dal *premio* versato dall'Assicurato.

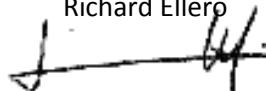
La Società, in ogni caso, si impegna a non arrecare pregiudizio ai Contraenti/Assicurati e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

* * * * *

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

L'Amministratore Delegato

Richard Ellero



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

GLOSSARIO

I termini impiegati nel presente Fascicolo Informativo e nelle Condizioni di Assicurazione hanno il seguente significato (sia nella forma singolare che plurale).

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*.

Beneficiari

I soggetti identificati in *polizza* ai quali spettano le prestazioni previste nel contratto.

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*.

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*.

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*.

Inabilità Temporanea

Temporanea incapacità fisica dell'*Assicurato* a svolgere la sua normale *attività lavorativa*.

Indennizzo

La somma dovuta da Bipiemme Assicurazioni in caso di *sinistro*.

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

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,
- 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

Tutti gli Istituti appartenenti al Gruppo Banca Popolare di Milano che esercitano 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.

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*.

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.

Non autosufficienza temporanea (Sezione Assistenza)

Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di

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

una terza persona, almeno 3 (tre) delle seguenti 4 (quattro) azioni consuete della vita quotidiana:

- 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.

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.

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*.

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.

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.

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI¹ ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196

Ai fini del rispetto della normativa in materia di privacy, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito denominata “*Compagnia*”), in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, informa che al fine di fornire i servizi assicurativi richiesti o previsti deve raccogliere ed utilizzare alcuni dati personali.

Quali dati raccogliamo

I dati personali, eventualmente anche quelli sensibili e giudiziari², del *Contraente*, dell'*Assicurato* ed eventualmente del *beneficiario*, ove designato nominalmente, fornitici dai medesimi o da *terzi*³, verranno trattati dalla *Compagnia* secondo le finalità e con le modalità necessarie sia all'adempimento delle obbligazioni strettamente connesse e strumentali, sia alla gestione dei rapporti con la clientela, sia all'esecuzione del contratto assicurativo stipulato (tra cui, ad esempio: l'acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione del contratto di *assicurazione*, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti da contratti conclusi con la clientela, liquidazioni di sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la società è autorizzata ai sensi delle disposizioni di legge, etc.).

Inoltre, i dati personali saranno necessariamente trattati per le finalità imposte da obblighi di legge, regolamenti e normativa comunitaria o disposizioni impartite da organi di vigilanza e di controllo a ciò debitamente autorizzati dalle disposizioni normative in vigore⁴.

Il mancato conferimento dei dati preclude l'instaurazione o l'esecuzione del contratto di *assicurazione*.

Perché chiediamo i dati

La *Compagnia* utilizzerà i dati per le finalità connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai connessi adempimenti normativi e all'attività di promozione di prodotti o servizi assicurativi⁵; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati da altre società del nostro Gruppo⁶.

¹ Valida per i soggetti persone fisiche. Ai sensi della L. 214/2011 le norme privacy non si applicano infatti a persone giuridiche, enti e associazioni.

² L'art. 4, comma 1, lett. d) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; il medesimo art. 4, comma 1, lett. e) del D. Lgs. 196/2003 definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

³ Ad esempio, altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti *Assicurato* o *beneficiario*, eventuali coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di *assicurazione*, imprese di *assicurazione*, ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali il rilascio di una copertura, la liquidazione di un *sinistro*, ecc.) forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, gli adempimenti previsti dalla disciplina contro il riciclaggio e il finanziamento del terrorismo; le Circolari emanate dall'IVASS in relazione allo svolgimento dell'attività assicurativa.

⁵ Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie; l'invio di comunicazioni di informazione commerciale sui prodotti e i servizi assicurativi offerti dal Gruppo assicurativo.

⁶ Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi presso l'ISVAP con il n. 045 e a sua volta appartenente al

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

I dati potranno essere comunicati, anche all'estero, solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla *Compagnia* coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁷.

Come trattiamo i dati

I dati saranno trattati dalle strutture della *Compagnia* appositamente incaricate, con modalità manuali e automatizzate (elettroniche) in modo tale da garantirne la sicurezza, la protezione e la riservatezza.

All'interno della *Compagnia* possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti o i collaboratori, anche esterni, adibiti a particolari uffici (tra cui servizi legali, servizi informatici, consulenti medici e servizi di spedizione e di archiviazione)⁸.

Quali sono i Vostri diritti

Responsabile del trattamento è il Direttore Generale pro-tempore della *Compagnia*.

Gli interessati potranno accedere in ogni momento ai dati personali che Li riguardano, ottenere l'indicazione della loro origine, delle finalità e del modo in cui sono utilizzati, farli aggiornare, rettificare, integrare a seconda dei casi, oppure, in presenza dei presupposti, chiederne il blocco, trasformarli in forma anonima o cancellarli ed opporsi alla loro utilizzazione⁹ (art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003) rivolgendosi a Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via del Lauro, 1 - 20121 Milano - (sito internet www.bpmassicurazioni.it).

più ampio Gruppo Covéa.

⁷ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di *assicurazione* e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di *assicurazione*; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche convenzionate; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza.

⁸ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

⁹ Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione della legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

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, purchè 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 purchè 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)

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

- compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;
- 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 del Gruppo Banca Popolare di Milano. Il *premio* verrà addebitato annualmente in un'unica soluzione; è comunque data facoltà, per una

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

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 di una Banca appartenente al Gruppo 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, 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 del Gruppo 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 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**

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

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 *Contrente* 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

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

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 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 di mediazione, depositata presso uno degli organismi di mediazione iscritti

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

nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia, dovrà essere fatta pervenire alla sede legale di Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Servizio Legale e Societario, Via del Lauro n. 1, 20121 Milano, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazionecivile@bpmassicurazioni.it ovvero a mezzo fax al n. 02. 859644.40.

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

PARTE II – SEZIONE INFORTUNI

Bipiemme Assicurazioni presta le garanzie sottoindicate 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. 6 - 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 *Invalità 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.

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, **purchè 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.

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

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.

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

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

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.

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

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

C.so Svizzera, 185

10149 – 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 minorenne, **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. 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.

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

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.

Art. 4 - Liquidazione e pagamento

Bipiemme Assicurazioni, ricevuta la necessaria documentazione, compiuti gli accertamenti del caso e

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

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*, fatto 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 desunte 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 SPA

Corso Svizzera, 185

10149 - 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

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

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;**
- **eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;**

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

- 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:

- A. **fornire ogni informazione richiesta;**
- B. **sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- C. **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.

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

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%

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

- 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%
- 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% | |

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

| | | |
|--|-----|-----|
| 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-femoraleo 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*.

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

E' 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, Autofunebri, 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 |

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

| | | |
|-------------|--|---|
| 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, Autofunebri...) | 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 |
| Allevatori 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



Servizio clienti

Dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18



Per chiamate dall'estero:

+39 011 7417266



Biemme Assicurazioni S.p.A. a socio unico Sede legale 20121 Milano, Via Del Lauro 1 Capitale sociale € 22.000.000,00 int. vers. Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano Codice Fiscale e Partita I.V.A. 07122890960. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provv. IVASS n. 2860 del 22.12.2010, n. 2964 del 22.02.2012 e n. 3023 del 19/11/2012. Iscritta alla sez. I dell'Albo Imprese presso l'IVASS al n. 1.00177. Società appartenente al Gruppo assicurativo Biemme Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 045 Direzione e coordinamento Biemme Vita S.p.A

