



INFORMATIVA PER LA CLIENTELA

NOVITA' DAL 1° DI OTTOBRE

Polizza BNL Salute – v. Telemarketing - (di seguito denominata semplicemente “Polizza”)

Gentile Cliente, La informiamo che:

- a seguito del recepimento in Italia della Direttiva UE 2016/97 (la Insurance Distribution Directive , c.d. IDD) in tema di distribuzione assicurativa e riassicurativa , dal **1° di Ottobre 2018**, in sostituzione dei previgenti allegati 7A (“Comunicazione Informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti) e 7B (“Informazione da rendere al contraente”) di cui al Regolamento IVASS n.5 del 16/10/2006 gli intermediari assicurativi (inclusi quindi la Banca) sono tenuti a rilasciare al cliente, prima della sottoscrizione del contratto di Polizza, i nuovi allegati 3 e 4 al Regolamento Ivass n. 40 del 02/08/2018.
Pertanto, eventuali riferimenti contenuti nella documentazione pre e contrattuale agli allegati 7A e 7B devono essere intesi come riferiti ai nuovi moduli allegati 3 e 4 del Regolamento Ivass n. 40 del 02/08/2018 nelle more dell'aggiornamento informatico della documentazione stessa. Inoltre sempre dal **1° di Ottobre 2018**, a seguito del recepimento in Italia della suddetta normativa, per i contratti di assicurazione ramo danni, gli intermediari assicurativi sono tenuti a consegnare il nuovo Documento Informativo Precontrattuale, c.d. D.I.P in aggiunta al Fascicolo Informativo;
- a seguito dell' entrata in vigore del Regolamento Generale (UE) sulla protezione dei Dati n. 2016/679 (c.d. GDPR), la modulistica standard in tema di trattamento dei dati personali è in corso di aggiornamento informatico e che, pertanto, eventuali riferimenti legislativi in essa riportati ed in particolare nel consenso che viene da Lei prestato per il trattamento dei dati relativi alla salute (in merito al quale Le viene resa specifica Informativa) sono da intendersi al Regolamento sopra citato, cui il trattamento è adeguato

Banca Nazionale del Lavoro S.p.A.



COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto:
 - consegnano/trasmettono al contraente copia del documento (Allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018) che contiene i dati essenziali dell'intermediario e le informazioni sulla sua attività, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
 - forniscono al contraente in forma chiara e comprensibile informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi, i limiti di copertura, ed ogni altro elemento utile a consentirgli di prendere una decisione informata;
- b) sono tenuti a proporre o consigliare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni utile informazione;
- c) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le sue richieste ed esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non coerente, lo informano di tale circostanza, specificandone i motivi, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione sottoscritta dal contraente e dall'intermediario;
- d) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- e) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.



INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DELLA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

AVVERTENZA

Ai sensi della vigente normativa, il distributore ha l'obbligo di consegnare al contraente il presente documento, che contiene notizie sul distributore medesimo, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con le sanzioni previste dall'articolo 324 del decreto legislativo n. 209/2005 Codice delle Assicurazioni Private ("Codice").

Sezione I – Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto¹ con il contraente

- a) Lando Ylenia
- b) iscritta in data 26/04/2016 alla sezione E del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi al n. E000547239 in qualità di responsabile incaricato al coordinamento e controllo per l'attività di intermediazione assicurativa a distanza svolta tramite call center
- c) indirizzo della sede operativa nella quale il soggetto di cui sopra opera: Via degli Aldobrandeschi 300 – 00163 Roma
- d) recapito telefonico +39 060.060; mail: Centro_Relazioni_Clientela@bnlmail.com; sito internet www.bnl.it; indirizzo PEC assicurazioni@pec.bnlmail.com
- e) l'impresa assicuratrice di cui sono offerti i prodotti Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia –
- f) intermediario per il quale il soggetto di cui sopra opera: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (di seguito "BNL"), con sede in Viale Altiero Spinelli, 30 – 00157 Roma iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 01/10/2007 numero 000201446, sezione D
- g) si segnala che l'IVASS è l' Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

Sezione II - Informazioni sull'attività svolta dall'intermediario assicurativo e riassicurativo

- a) La BNL svolge l'attività di intermediazione assicurativa per conto di più imprese di assicurazione e nell'interesse delle esigenze assicurative del cliente; per la denominazione delle imprese di cui la Banca distribuisce i prodotti, si rimanda alla lettera c) della Sezione IV

Con riferimento al pagamento dei premi:

- a) I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.

Sezione III - Informazioni relative alle remunerazioni

- a) BNL, in relazione al contratto di assicurazione distribuito, percepisce una commissione monetaria inclusa nei premi assicurativi pagati dai clienti e calcolata come percentuale sui premi imponibili stessi. L'attività svolta dalla Banca, oltre che attraverso commissioni, può essere inoltre remunerata anche attraverso una ripartizione dei margini tecnici generati a seguito di una sana e prudente gestione assicurativa da parte della Compagnia assicurativa: nello specifico, con cadenza annuale, solo in caso di utile tecnico relativo alla gestione di tutto il portafoglio, BNL percepirà una quota monetaria aggiuntiva rispetto all'introito commissionale. I prodotti assicurativi in determinati periodi dell'anno potranno inoltre essere oggetto di iniziative, finanziate dalle Compagnie Assicurative, che permetteranno al personale della rete di vendita BNL di prendere parte a speciali sessioni formative.



Sezione IV - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Si precisa che

- a) Né la BNL., società soggetta ad attività di direzione e coordinamento del socio unico BNP Paribas, né il soggetto di cui alla Sezione I iscritto nella sezione E detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione.
- b) BNP Paribas detiene il gruppo Cardif che controlla le compagnie assicurative di cui sono intermediati i prodotti; BNP Paribas è detentrica di una partecipazione diretta superiore al 10% del capitale sociale dell'intermediario (la BNL, in quanto suo socio unico) per il quale il soggetto di cui alla Sezione I iscritto alla sezione E opera.
- c) Con riguardo al contratto proposto: la BNL e il soggetto di cui alla Sezione I iscritto alla sezione E propongono il contratto in assenza di obblighi contrattuali che impongano loro di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Le imprese di assicurazioni con le quali la BNL ha al momento rapporti d'affari sono:
 - Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza Generale per l'Italia
 - Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia
 - BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A.
 - Cargeas Assicurazioni S.p.A.
 - Generali Italia S.p.A.
 - AXA Assicurazioni S.p.A.
 - AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sezione V - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

- a) Il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, ha facoltà di inoltrare reclamo che riguarda:
 - il comportamento della Compagnia o la violazione, da parte della stessa Compagnia, di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri), direttamente alla Compagnia tramite:
 - posta ordinaria a:
CARDIF - Ufficio Reclami
Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano
 - fax: 02-77224265
 - e-mail: reclami@cardif.com
 - il comportamento dell'intermediario, o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), tramite:
 - posta ordinaria a:
BNL Gruppo BNP Paribas
Ufficio Reclami
Viale Altiero Spinelli, 30 - 00157 Roma
 - per e-mail a: reclami@bnlmail.com
 - per posta certificata a: reclami@pec.bnlmail.com

Il reclamo sarà trattato dall'apposita funzione reclami dell'impresa di assicurazione o dell'intermediario che avrà cura di rispondere entro quarantacinque giorni dalla presentazione del reclamo.

Inoltre il contraente, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo ovvero in caso di mancata risposta entro quarantacinque giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa di assicurazione ovvero può rivolgersi ai sistemi alternativi per la risoluzione stragiudiziale delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

Polizza Salute – Canale telemarketing

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: Salute - Polizza Collettiva n. 5428/02

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto "Salute" è una Polizza assicurativa a tutela della persona in caso di malattia o infortunio. La polizza ha due versioni: "Opzione Singolo" e "Opzione Nucleo" ed è sottoscrivibile tramite tecniche di comunicazione a distanza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Indennità da Infortunio:** fino ad un massimo di 100.000 Euro
- ✓ **Invalità Permanente da Infortunio:** massimale pari a 100.000 Euro
- ✓ **Diaria da Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia:** fino ad un massimo di 2.400 Euro corrispondenti a 40 Euro al giorno per un massimo di 60 giorni di Ricovero.



Che cosa non è Assicurato

- ✗ cliente con età superiore ai 64 anni al momento dell'adesione
- ✗ cliente con età superiore ai 70 anni alla scadenza dell'Anno Assicurativo
- ✗ per i soli figli conviventi: un'età al momento dell'adesione non superiore a 24 anni



Ci sono limiti di copertura?

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- ! dolo dell'Assicurato o dei soggetti a cui la copertura assicurativa si estende, azioni intenzionali quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria e sinistri provocati intenzionalmente dall'Assicurato;
- ! sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- ! infortuni già verificatisi, malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ! interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza;
- ! cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipula della polizza;

- ! sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ! infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti o di medicinali in dosi non prescritte dal medico, sieropositività HIV, ovvero alle altre patologie ad essa collegate;
- ! infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- ! infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportiva Professionistica; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- ! infortuni derivanti dall'espletamento delle seguenti attività: palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, collaudatore o pilota di veicoli a motore-mezzi subacquei, speleologo, lavori in miniera o pozzi, attività sportiva a titolo professionale, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, piloti di deltaplano, paracadutisti;
- ! infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;
- ! infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helsenow, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;
- ! ogni lesione non tabellarizzata;
- ! interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di infortunio verificatosi in corso di polizza; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- ! ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla procreazione; aborto volontario non terapeutico;
- ! ricoveri dovuti a patologie psichiatriche, checkup di medicina preventiva;
- ! ricoveri in regime di lungodegenza, convalescenza o riabilitazione (fisica e/o neurologica e/o cardiologica).



Dove vale la copertura?

- ✓ In tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete.

Dichiarazioni inesatte e reticenze possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con l'Attestato di Assicurazione risultano essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione del contratto. Qualora emerga una dichiarazione inesatta e reticente, la Compagnia evidenzia sin d'ora che non avrebbe consentito alla conclusione del contratto se avesse conosciuto la reale situazione. Pertanto, potrà rifiutare la liquidazione di eventuali Sinistri anche in assenza di correlazione tra l'informazione inesattamente o reticentemente rappresentata e la causa degli stessi Sinistri.

Inoltre, hai l'obbligo di comunicare alla Compagnia se hai perso nel corso della durata dell'Assicurazione, uno o più requisiti che devono permanere ai sensi di polizza.



Come e quando devo pagare?

Il Premio è annuale anticipato oppure frazionato mensilmente. In caso di pagamento mensile le 12 rate mensili saranno di pari importo, senza alcuna maggiorazione rispetto al pagamento in un'unica soluzione. Il pagamento del Premio avverrà mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. L'Assicurazione ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, salvo il Contraente non abbia manifestato la propria volontà di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta potrà essere effettuata dal Cliente a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email a Cardif, oppure compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede il relativo timbro postale ovvero la data di sottoscrizione apposta sul modulo) almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. Cardif potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo di lettera raccomandata AR da inviarsi all'indirizzo indicato dal Cliente sul Modulo di Adesione almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA n. 5428/02

DEFINIZIONI:

Aderente: la persona fisica che ha aderito alla Polizza.

Assicurato: la persona fisica che ha aderito alla Polizza e per la quale è prestata l'assicurazione, in relazione ad eventi che occorrono a sé ovvero, nel rispetto delle condizioni di estensione della copertura, anche ai componenti del suo Nucleo Familiare.

Assicuratore, Compagnia: Cardif Assurances Risques Divers, Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni dieuro
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

Attestato di Assicurazione: il documento emesso dalla Compagnia che attesta la conclusione del contratto per effetto del consenso telefonico e l'accesso alla copertura assicurativa.

Attività Sportiva Professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Cartella Clinica: documento redatto sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami effettuati e diario clinico.

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., iscritta al n. D000201446 della Sezione D del Registro Unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. Lgs. del 2005 e art. 4 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, che stipula la Polizza per conto dei propri clienti titolari di conto corrente e che propone l'adesione alla copertura su incarico della Compagnia.

Data di Decorrenza: la data di adesione telefonica alla copertura assicurativa, così come riportato nell'Attestato di Assicurazione.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: l'importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle Condizioni di Assicurazione.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: tecnica terapeutica cruenta effettuata mediante l'uso di strumenti operatori, realizzata con diresi, emostasi, sintesi e sutura dei tessuti, finalizzata a migliorare lo stato clinico del paziente, dietro espresso parere specialistico.

Invalidità Permanente o IP: la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica o l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Lesione: alterazione dello stato fisico, quando è generata da energia meccanica configura un trauma nell'organismo.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. **Massimale:** somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Nucleo Familiare: il coniuge, il convivente more uxorio o i figli dell'Assicurato presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, nel rispetto delle condizioni di estensione della copertura.

Parti: Aderente/Assicurato, Contraente, Assicuratore.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Prestazione. Quando la franchigia è Relativa, in caso di superamento del Periodo di Franchigia, la Prestazione è dovuta per l'intero.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5428/02 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

Premio: la somma dovuta all'Assicuratore per le coperture assicurative prestate.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio. **Sinistro:** evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Art. 1 – Oggetto della copertura - Pacchetto Assicurativo

“Salute” L'Assicuratore, nei limiti ed alle condizioni di cui all'art. 5, riconosce all'Assicurato le seguenti coperture:

- “INDENNITÀ DA INFORTUNIO”, ossia una copertura per le Lesioni derivanti da Infortunio;
- “INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO”, ossia una copertura per l'IP derivante da Infortunio;
- “DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PER INFORTUNIO E MALATTIA”, ossia una copertura per le ipotesi di Ricovero Ospedaliero conseguente a Infortunio o Malattia;

Le garanzie sopra elencate sono offerte solo congiuntamente e costituiscono insieme il Pacchetto Assicurativo “Salute”, a cui i clienti della Contraente potranno aderire in relazione ad eventi che occorrono a sé - Copertura “OPZIONE SINGOLO” - ovvero anche al Nucleo Familiare - Copertura “OPZIONE NUCLEO” - a seguito di un'unica dichiarazione telefonica di adesione.

Art. 2 – Requisiti di assicurabilità e condizioni di estensione della copertura assicurativa

Può aderire alla copertura ed è assicurabile la persona fisica che, all'atto dell'adesione, sia titolare di un conto corrente presso la Contraente ed abbia un'età compresa tra 18 e 64 anni.

In caso di adesione alla Copertura “OPZIONE NUCLEO”, la copertura assicurativa si estende agli eventi che occorrono ai componenti il Nucleo Familiare dell'Aderente, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- per tutti i componenti il nucleo familiare: la presenza, al momento del Sinistro, nello stato di famiglia dell'Aderente stesso;
- per il solo coniuge convivente o il convivente more uxorio: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, compresa tra 18 ed 64 anni;



- per i soli figli conviventi: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, non superiore a 24 anni e un'età, al momento del Sinistro, superiore ad 1 anno compiuto

Si aderisce alla copertura assicurativa prestando oralmente il proprio consenso nel corso della telefonata di collocamento.

2.1 Condizioni al momento dell'Adesione

L'assicurazione può essere conclusa se, al momento dell'adesione:

- l'Assicurato ha il proprio domicilio abituale in Italia
- l'Aderente/Assicurato non è cittadino di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- l'Aderente/Assicurato non fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)
- l'Aderente ha la propria residenza in Italia.

2.2 Condizioni durante l'assicurazione

L'assicurazione opera fin tanto che, nel corso della sua durata:

- l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia
- gli Stati di cui l'Aderente/Assicurato era cittadino al momento dell'adesione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di cui l'Aderente/Assicurato acquisisce la cittadinanza dopo l'adesione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- l'Aderente mantiene la propria residenza in Italia.

L'Aderente/Assicurato si obbliga a comunicare la perdita di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte. Se l'Aderente/Assicurato non ha comunicato tempestivamente la perdita del requisito, la Compagnia potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

Si ricorda, quindi, che l'assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale dell'Assicurato o della residenza dell'Aderente, oppure dopo l'acquisizione della cittadinanza o il trasferimento della residenza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente/Assicurato).

In nessun caso la Compagnia potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.

Art. 3 – Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie

Art. 3.1 Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 (ventiquattro) della Data di Decorrenza così come riportato nell'Attestato di Assicurazione, a condizione che il primo addebito del Premio (costituito da tre rate di Premio mensili), che avverrà 2 mesi dopo la Data di Decorrenza vada a buon fine; in caso contrario, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di pagamento di quanto dovuto.

Art. 3.2 In caso di sinistro denunciato prima della data di addebito del Premio, il pagamento della Prestazione è subordinato all'immediato addebito andato a buon fine delle rate di Premio scadute. E' fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di recesso.

Art. 3.3 In caso di mancato pagamento delle rate mensili di Premio successive al primo addebito del Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza dell'ultima rata pagata e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto.

Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora l'Assicuratore, nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il primo addebito o la rata mensile di Premio sono scaduti, non agisce

per la riscossione. In tal caso l'Assicuratore ha diritto al pagamento del Premio nella sua interezza e al rimborso delle spese.

Art. 3.4 La copertura assicurativa ha una durata annuale.

Alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta. La disdetta può essere inviata dall'Assicurato almeno 30 giorni prima della scadenza annuale mediante comunicazione telefonica al numero +39 060.060, ovvero a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviarsi a:

**Cardif - Back Office Protezione - Ufficio Sinistri
Casella Postale 421
20123 Milano (MI)
fax 02 30329810
email: documentazioneinistriprotezione@cardif.com**

La copertura assicurativa ha in ogni caso termine, con esclusione di qualsiasi rinnovo:

- alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 70° anno di età dell'Aderente;
- alla prima ricorrenza annuale successiva alla cessazione della Polizza Collettiva stipulata tra la Compagnia e la Contraente;
- in caso di chiusura del conto corrente, alla prima scadenza mensile successiva fatta salva la modifica di tale conto con altro intrattenuto presso la Contraente;
- in caso di decesso dell'Aderente;
- se l'Assicurato perde il domicilio abituale in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio;
- se l'Aderente/Assicurato acquisisce la cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America con effetto dall'acquisizione della cittadinanza oppure se vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente/Assicurato, con effetto dalla data di applicazione;
- se l'Aderente perde la propria residenza in Italia, con effetto dalla data del trasferimento della residenza.

L'Assicuratore può esercitare il proprio diritto di disdetta con l'invio, almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura, di lettera raccomandata all'indirizzo riportato dall'Aderente sull'Attestato di Assicurazione o a quello eventualmente diverso comunicato nel corso del rapporto.

Art. 4 – Diritto di recesso

Art. 4.1 L'Aderente può recedere dalla Polizza entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza telefonando al numero +39 060.060 oppure dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

**Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita
Casella Postale 550
20123 Milano (MI)
Fax: 02 30329809
email: lineapersone@cardif.com**

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione telefonica o della spedizione della raccomandata.

Art. 4.2 In caso di sinistro avvenuto durante il periodo in cui è possibile esercitare il diritto di recesso, il pagamento della Prestazione è subordinato all'addebito andato a buon fine delle rate di Premio relative al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto. Qualora l'Aderente successivamente al sinistro eserciti il diritto di recesso, fermo il riconoscimento dell'indennizzo, se dovuto, l'Assicuratore tratterrà la parte di Premio comprensivo delle imposte, relativo al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto

Art. 4.3 La Compagnia può recedere dall'assicurazione se, dopo l'accesso in copertura, l'Aderente/Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24



del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso. In nessun caso la Compagnia può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

La Compagnia può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti
Art. 5 – Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative Art. 5.1 - Indennità da Infortunio

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è la Lesione derivante da Infortunio, purché si tratti di una delle Lesioni indicate nella tabella allegata alle presenti Condizioni (Allegato A).

(b) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Indennità nella misura fissa e forfettaria prestabilita in base al tipo di Lesione indicata nella tabella allegata (Allegato A).

Qualora un singolo evento Infortunio determini un politraumatismo, caratterizzato da più Lesioni, l'Assicuratore liquiderà l'importo risultante dalla somma delle singole voci di Lesione riportate in tabella, nei limiti del **Massimale di Euro 100.000,00=**.

Con riferimento alla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa, la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, è **limitata a n. 2 (due) Sinistri e non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00=**.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "IP DA INFORTUNIO", **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00= ed è limitata a n. 2 Sinistri**.

Qualora l'Assicuratore abbia già liquidato la prestazione prevista dalla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e, successivamente, in conseguenza del medesimo evento che ha dato origine al Sinistro, si accerti che è insorta una Invalidità Permanente in misura pari o superiore a 67%, **verrà corrisposta all'Aderente la differenza tra quanto già liquidato nel corso dell'annualità in forza della garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", e la somma di Euro 100.000,00=**.

Tale Sinistro verrà quindi considerato "IP DA INFORTUNIO" e non più "INDENNITÀ DA INFORTUNIO".

Art. 5.2 - Invalidità Permanente da Infortunio

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è l'Invalidità Permanente a seguito di Infortunio in misura pari o superiore a 67%, da valutarsi in base al DL 38 del 23.02.2000 INAIL e successive modifiche.

(b) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Prestazione pari ad Euro 100.000,00=. Tale Prestazione è dovuta solo a seguito dell'accertamento dei postumi permanenti (cioè a stabilizzazione avvenuta del quadro clinico) causati dall'Infortunio verificatosi nel corso di polizza, **e comunque entro 18 mesi dalla data di accadimento dall'evento lesivo**.

Con riferimento alla garanzia "IP DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00=**.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "IP DA INFORTUNIO" **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00= ed è limitata a n. 2 Sinistri**.

Per tutta la durata della copertura, ivi comprese le ipotesi di tacito rinnovo, la prestazione assicurativa relativa alla garanzia "IP DA INFORTUNIO" **potrà essere liquidata una sola volta per l'Aderente ed**

una sola volta per ciascuno dei componenti il Nucleo Familiare. L'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 67% dovrà configurarsi in conseguenza di un singolo evento infortunante e non verrà calcolata sulla base dei postumi complessivi derivati da eventi o Sinistri verificatisi in annualità diverse.

Art. 5.3 - Diaria da Ricovero Ospedaliero per Infortunio e Malattia

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio e/o Malattia.

(b) Periodo di Franchigia

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 2 (due) giorni.

(c) Periodo di Carenza

Per il ricovero a seguito di Malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni.

(d) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore, per il periodo di Ricovero Ospedaliero, liquida una Indennità pari ad Euro 40,00= al giorno.

Con riferimento alla garanzia "DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PER INFORTUNIO E MALATTIA", la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato per ciascuna annualità assicurativa, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, è **pari ad un massimo di Euro 2.400,00=, corrispondenti a 60 (sessanta) giorni di Ricovero Ospedaliero**.

Art. 6 – Esclusioni

Le coperture sono **escluse** nei seguenti casi:

- a) **dolo dell'Assicurato o dei soggetti a cui la copertura assicurativa si estende;**
- b) **sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;**
- c) **azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- d) **infortuni già verificatisi, malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;**
- e) **interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto dellapolizza;**
- f) **cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipula dellapolizza;**
- g) **sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopoterapeutico;**
- h) **infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti o di medicinali in dosi non prescritte dal medico, sieropositività HIV, ovvero alle altre patologie ad essa collegate;**
- i) **infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- j) **partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**
- k) **infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;**
- l) **infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportiva Professionistica; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;**
- m) **infortuni derivanti dall'espletamento delle seguenti attività:**



palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, collaudatore o pilota di veicoli a motore-mezzi subacquei, speleologo, lavori in miniera o pozzi, attività sportiva a titolo professionale, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, piloti di deltaplano, paracadutisti;

- n) infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;
- o) infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helmsnow, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;
- p) ogni lesione non riportata nell'Allegato A;
- q) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di infortunio verificatosi in corso di polizza; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- r) ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla procreazione; aborto volontario non terapeutico;
- s) ricoveri dovuti a patologie psichiatriche, checkup di medicina preventiva;
- t) ricoveri in regime di lungodegenza, convalescenza o riabilitazione (fisica e/o neurologica e/o cardiologica).

Si precisa che ai fini dell'operatività della garanzia "IP DA INFORTUNIO" non verranno considerati i postumi permanenti conseguiti a stati patologici progressivi (da Malattia o Infortunio).

Art. 7 – Beneficiari delle prestazioni

Per tutte le coperture assicurative, Beneficiario delle Prestazioni è l'Assicurato.

Non possono essere Beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Art. 8 – Premio

Il premio è unico annuale anticipato, ed è indicato sull'Attestato di assicurazione; si intende comprensivo dell'imposta di assicurazione in misura pari al 2.50% dei premi imponibili. Il premio annuale può essere, a scelta dell'Aderente, frazionato in rate mensili.

Il pagamento del Premio avverrà mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato.

Il primo addebito del premio è effettuato 2 mesi dopo la Data di Decorrenza. In caso di premio frazionato tale addebito avrà ad oggetto 3 rate di premio.

Art. 9 – Clausola di revisione del Premio

La Compagnia si riserva il diritto di variare l'importo del premio assicurativo qualora, valutando i dati statistici di riferimento, venga accertato un andamento tecnico negativo della Polizza.

Le variazioni di premio verranno applicate al momento del rinnovo annuale della copertura.

La Compagnia invierà all'Assicurato la comunicazione di variazione del Premio con preavviso di 60 giorni, rispetto alla scadenza annuale della copertura.

L'Assicurato che non accetti tale variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura alla scadenza annuale.

Il recesso deve essere comunicato all'Assicuratore almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della copertura a mezzo lettera raccomandata AR.

Art. 10 – Bonus rinnovo

Qualora, entro 30 giorni dalla data di scadenza di ciascuna annualità assicurativa, la Compagnia non abbia confermato all'Assicurato

l'accettazione di alcun sinistro durante l'annualità medesima, quest'ultimo, in caso di rinnovo, avrà diritto ad un mese gratuito di copertura.

Ogni conferma posteriore al termine anzidetto verrà computata con riferimento all'annualità successiva.

Art. 11 – Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro, si raccomanda all'Assicurato di contattare tempestivamente e preventivamente il Servizio Clienti che risponde al numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39 02.77224686 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif scrivendo a mezzo posta, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

- Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri –
- Casella Postale 421
- fax 02.30329810
- 20123 Milano (MI)
- email: documentisinistriprotezione@cardif.com

L'Assicurato dovrà consegnare a Cardif Assurances Risques Divers tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. La Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritenga necessaria per la corretta valutazione del Sinistro.

In particolare, salvo eventuali integrazioni richieste dall'assicuratore, i documenti necessari per le garanzie assicurate sono i seguenti:

- denuncia scritta del sinistro;
- copia del documento d'identità dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria (ad esempio verbale di pronto soccorso) e strumentale (ad esempio: Rx, ecografia, TAC, RMN) comprovante la lesione, completa di indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché di una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento;
- lettera di dimissione e copia della cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero;
- stato di famiglia (per le coperture riguardanti l'intero nucleo familiare).

L'Assicurato deve inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medicuranti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il costo delle quali sarà a totale carico della Compagnia stessa.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

In ogni caso, la Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni solo previo incasso dei premi dovuti.

Art. 12 – Liquidazione dei sinistri

La Compagnia, dopo la ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al Sinistro, si impegna a liquidare la Prestazione, in caso di accettazione, entro 30 giorni da tale ricezione.

Tutti i pagamenti della Compagnia, effettuati a qualunque titolo, sono:

- in euro
- versati su un conto corrente di un Istituto di credito con sede nell'Unione Europea e, comunque, intrattenuto presso un'Agenzia che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea.

Art. 13 – Legge applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella italiana.

La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

Art. 14 – Collegio dei Medici

L'Assicurato avrà facoltà – e, qualora la eserciti, la Compagnia dovrà aderirvi – di rimettere alla decisione di Arbitri le eventuali controversie su natura e valutazione del sinistro denunciato. In tal caso le parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso



contrario, dal consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Ciascuna delle parti sosterrà le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti, purché assunte a maggioranza.

Art. 15 – Comunicazioni

Tranne che per il recesso (art. 4.1), per i sinistri (art. 11), per i reclami (art. 19) e per la Privacy (art. 20), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

email: servizioclienti@cardif.com

Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato **ovvero qualora l'Assicurato abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.**

La Compagnia, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione dei clienti la possibilità di accedere ad un'area riservata per la consultazione della propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile tramite l'utilizzo delle credenziali assegnate ai clienti al primo accesso in occasione della registrazione.

Art. 16 – Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 17 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 18 – Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente e/o avente diritto.

Art. 19 – Reclami

Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione dei sinistri), devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:

Cardif – Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

e-mail reclami@cardif.com

fax 0277.224.265

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato alla Compagnia nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'intermediario assicurativo

Qualora il reclamo riguardi il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti

assicurativi), deve essere inoltrata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nel modello Allegato 4, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se l'esponente non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

Reclami all'IVASS

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21

00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax 06.42133206

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome, indirizzo ed eventuale recapito telefonico;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'Istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'IVASS che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.

Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacpr.html>.

Art. 20. Protezione dei dati personali

Come parte del contratto assicurativo e in qualità di titolare del trattamento, l'Assicuratore è tenuto ad acquisire alcuni dati personali riferiti al Cliente (da intendersi quale Contraente/Aderente o Assicurato o Beneficiario del contratto assicurativo, oppure i soggetti che li rappresentano, o il Titolare effettivo), che sono tutelati dal Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR").

Il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore è obbligatorio. Se il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati.

I dati personali raccolti dall'Assicuratore sono necessari:

a. Per adempiere ad obblighi di legge e di regolamento, laddove applicabili

L'Assicuratore tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, tra cui:

- Prevenzione delle frodi assicurative;
- Prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- Contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;
- Monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- Risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.



b. Per l'esecuzione di un contratto di cui il Cliente è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali, adottate su sua richiesta

L'Assicuratore utilizza i dati personali del Cliente per stipulare ed eseguire i relativi contratti, incluso:

- la definizione del profilo di rischio assicurativo del Cliente e dei costi a suo carico;
- la gestione dei sinistri assicurativi e l'esecuzione della copertura assicurativa;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti dell'Assicuratore;
- l'assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione dell'Assicuratore della possibilità di offrire al Cliente un contratto di assicurazione e a quali condizioni.

c. Per il perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore L'Assicuratore utilizza i dati personali del Cliente per realizzare, sviluppare e gestire i propri contratti di assicurazione, per migliorare la propria gestione del rischio e per tutelare i propri diritti legali, inclusi:

- prova del pagamento del premio o del contributo;
- prevenzione delle frodi;
- gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
- elaborazione di modelli statistici individuali, basati sull'analisi del numero e dell'incidenza delle perdite, ad esempio per aiutare a definire il punteggio di rischio assicurativo del Cliente;
- elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario dell'Assicuratore o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o creare di nuovi;
- lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
- formazione del personale dell'Assicuratore attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;

- personalizzazione dell'offerta dell'Assicuratore dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:

- o miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;

- o promozione dei propri contratti di assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo dell'Assicurato.

Tale obiettivo può essere raggiunto:

segmentando i potenziali e gli attuali clienti dell'Assicuratore; analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che l'Assicuratore rende disponibili (e-mail o messaggi, visite al sito web dell'Assicuratore, ecc.); condividendo i dati personali dei Clienti con un'altra società del Gruppo BNP Paribas, in particolare se il Cliente è – o diventerà – cliente di un'altra società del Gruppo; e incrociando i dati raccolti dal contratto di assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che l'Assicuratore già tratta su di lui (es. l'Assicuratore potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'assicurazione a copertura dell'intero nucleo familiare).

- organizzazione di competizioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

I dati personali del Cliente potranno essere aggregati in statistiche anonime che potranno essere offerte alle società del Gruppo BNP Paribas per contribuire allo sviluppo della loro attività. In questo caso i dati personali del Cliente non verranno mai divulgati e coloro che riceveranno queste statistiche anonime non saranno in grado di accertare l'identità del Cliente stesso. L'Assicurato ha i seguenti diritti:

- Il diritto di accesso: il Cliente può ottenere informazioni riguardanti il trattamento dei propri dati personali e una copia di tali dati personali.
- Il diritto di rettifica: laddove il Cliente ritenga che i suoi

dati personali siano incompleti o inesatti, potrà richiedere che tali dati personali vengano integrati e modificati.

- Il diritto alla cancellazione: il Cliente può richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.

- Il diritto alla limitazione del trattamento: il Cliente può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali.

- Il diritto di opposizione: il Cliente può opporsi al trattamento dei propri dati personali, per motivi connessi alla propria situazione particolare. Il Cliente ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei propri dati personali per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto.

- Il diritto di revocare il suo consenso: qualora il Cliente abbia prestato il consenso al trattamento dei propri dati personali avrà sempre il diritto di revocare tale consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

- Il diritto alla portabilità dei dati: ove legalmente applicabile, l'Assicurato ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito all'Assicuratore o, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a terzi. Se l'Assicurato desidera ricevere ulteriori informazioni sul trattamento dei suoi dati personali effettuato dall'Assicuratore, può consultare il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" disponibile al seguente indirizzo web: www.bnpparibascardif.it (sezione "Privacy").

Tale Informativa contiene tutte le informazioni inerenti al trattamento dei dati personali che l'Assicuratore, in qualità di titolare del trattamento dei dati, è tenuto a fornire al Cliente. Essa include le categorie di dati personali trattati, il loro periodo di conservazione, nonché i destinatari dei dati personali.

Per qualsiasi richiesta di informazioni o per esercitare i suoi diritti, il Cliente potrà contattare il Data Protection Officer (il "DPO", responsabile della protezione dei dati dell'Assicuratore) a mezzo e-mail o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

Data Protection Officer

> data.protection.italy@cardif.com

> **P.za Lina Bo Bardi, 3 20124 Milano**

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione.

In conformità alla normativa applicabile, oltre ai diritti di cui sopra, il Cliente ha anche il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo competente.

Quando denuncia un sinistro, il Cliente può talvolta essere tenuto a fornire all'Assicuratore dati riguardanti il proprio stato di salute.

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore esclusivamente per le finalità di gestione del contratto assicurativo.

Quando stipula la polizza, il Cliente può talvolta essere tenuto a fornire all'Assicuratore dati riguardanti il proprio stato di salute, ad esempio nel compilare una dichiarazione attestante il proprio stato di salute, un questionario medico o quando si eseguono formalità assuntive di ordine medico.

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore esclusivamente per le finalità di conclusione del contratto assicurativo.

Quando il Cliente compila un questionario sanitario non cartaceo, l'emissione o la non emissione di un'offerta e le relative condizioni - in particolare in termini di coperture, importo del premio ed eventuali formalità mediche aggiuntive

- sono determinate automaticamente, sulla base delle risposte fornite dallo stesso Cliente. Ulteriori domande possono essere rivolte al Cliente ai fini di una valutazione del rischio più accurata che consideri il suo stato di salute (comprese le malattie che riguardano l'Assicurato o gli incidenti subiti in passato).

Sulla base delle risposte del Cliente può essere emessa un'offerta assicurativa. Il premio e la copertura di questa offerta assicurativa possono essere modificati (aggiunta di alcune esclusioni, revoca di alcune coperture).

Il Cliente ha il diritto di contestare queste decisioni automatizzate



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

rivolgendosi ad un membro del personale dell'Assicuratore, che deve considerare il punto di vista del Cliente. Tale diritto è esercitato secondo quanto indicato nel presente articolo e nella Sezione 7 dell'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web già citato.

Tabella indennizzi - Allegato A
INDENNITA' DA INFORTUNIO

TIPOLOGIA DI LESIONE	Indennizzi
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	1.500 €
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	4.500 €
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO o MASCELLARE o PALATINO o LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.500 €
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare - non cumulabile con LEFORT II° o III°)	2.500 €
FRATTURA LEFORT II° (non cumulabile con LEFORT I° o III°)	4.000 €
FRATTURA LEFORT III° (non cumulabile con LEFORT I° o II°)	5.000 €
FRATTURA ETMOIDE o OSSO LACRIMALE o OSSO JOIDEO o VOMERE o OSSA NASALI PROPRIE	500 €
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	2.000 €
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA ARCO ANTERIORE o ARCO POSTERIORE o MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO o PROCESSI ARTICOLARI) I° VERTEBRA (C1)	7.500 €
FRATTURA CORPO o PROCESSO TRASVERSO o PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA (C2)	7.200 €
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.500 €
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII° VERTEBRA	7.500 €
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
OSSO SACRO	
FRATTURA DELLE OSSA DEL SACRO	3.000 €
COCCIGE	
FRATTURA DEL COCCIGE	2.500 €
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE o BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) o DEL PUBE	2.500 €

FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6.000 €
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA STERNO	2.500 €
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	500 €
ARTO SUPERIORE (DESTRO o SINISTRO)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	1.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE o SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	5.000 €
FRATTURA EPIFISI DISTALE o INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	4.500 €
AVAMBRACCIO	
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA o PROCESSO STILOIDEO o INCISURA ULNARE)	4.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITÀ RADIALE o CAPITELLO o COLLO o CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	3.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO o PROCESSO CORONOIDEO o INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	3.000 €
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	1.000 €
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	7.000 €
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	2.000 €
FRATTURA DEL CARPO (PER CIASCUN OSSO - ESCLUSO LO SCAFOIDE)	200 €
FRATTURA I° METACARPALE	1.500 €
FRATTURA II° 0 III° 0 IV° 0 V° METACARPALE	200 €
FRATTURA DITA	
POLLICE (FALANGE PROSSIMALE e/o FALANGE DISTALE)	5.000 €
INDICE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	4.000 €
MEDIO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
ANULARE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
MIGNOLO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.000 €
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA	14.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI DI GINOCCHIO	12.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE PATELLECTOMIA TOTALE	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE OSTEOSINTESI e CERCHIAGGIO DI ROTULA	1.000 €
PERDITE ED USTIONI	
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	15.000 €
CECITA' MONOCULARE	7.500 €
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.500 €

PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	3.000 €
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.500 €
PERDITA ANATOMICA DI DUE TESTICOLI	8.000 €
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	15.000 €
USTIONI ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	20.000 €

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	3.500 €
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEI TENDINI DI CIASCUN DITO DELLA MANO	2.000 €
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE	4.000 €
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata strumentalmente)	2.000 €
LUSSAZIONE DEL CERCINE GLENO-OMERALE (Documentata strumentalmente)	3.500 €
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE GOMITO (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE MCF o IF 2° o 3° o 4° o 5° DITO DELLA MANO (evidenziata strumentalmente)	500 €
LUSSAZIONE MCF o IF POLLICE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF DELL'ALLUCE (Documentata strumentalmente)	2.500 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF II° o III° o IV° o V° DITO DEL PIEDE (Documentata strumentalmente)	200 €
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE e/o POSTERIORE e/o DEL PIATTO TIBIALE (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA e/o DEI MENISCHI (Documentata strumentalmente)	500 €
LESIONE TENDINE ROTULEO (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (Documentata strumentalmente)	4.000 €

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE AL TERZO SUPERIORE o TERZO MEDIO DI BRACCIO	40.000 €
AMPUTAZIONE DI UNA MANO o DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	30.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	25.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	18.000 €
AMPUTAZIONE 2 DITA	8.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	9.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI INDICE	5.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI MEDIO	3.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI ANULARE o MIGNOLO	1.500 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI INDICE	4.000 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI MEDIO	2.700 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI ANULARE o MIGNOLO	1.200 €
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE DI POLLICE	7.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DI CIASCUNA DELLE ALTRE DITA	1.500 €

ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE DI COSCIA (al di sopra della metà di coscia o al di sopra di ginocchio)	40.000 €
AMPUTAZIONE TOTALE oppure OLTRE I DUE TERZI PROSSIMALI DI GAMBA (al di sotto del ginocchio)	35.000 €
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE DISTALE	30.000 €



PERDITA DI UN PIEDE	30.000 €
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	15.000 €
PERDITA DELL'ALLUCE	8.000 €
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	4.000 €
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	200 €